أخلاقيات الطب

أ.د/ جمال بن صالح الجار الله

أستاذ طب الأسرة وأخلاقيات الطب

كلية الطب – جامعة الملك سعود

الطبعة الأولى

١٤٤٣هـ - ٢٠٢٢

الإهـــداء

إلى طلابي وطالباتي .. الذين مافتئوا يلقون الأسئلة ..

فيشحذون همتي إلى مزيد من البحث والاستكشاف..

والنقاش والتعلم.. شكرًا من الأعماق.

***

الفهرس







❋❋❋

المقدمة

الحمد لله الذي خلق الإنسان في أحسن تقويم، وأرسل سيد الخلق إلى الناس أجمعين،

ووصفه أجمل وصف فقال سبحانه وتعالى: ﴿ وَإِنَّكَ لَعَلَى خُلُقٍ عَظِيمٍ ﴾، وبعد. . .

فقد طويت عقود ثلاثة كاملة منذ ان بدأ تدريس أخلاقيات الطب لطلاب كليات الطب في الجامعات السعودية...بدأت بكلية الطب بجامعة الملك سعود.ثم تلتها بقية كليات الطب.

لم يكن الأمرسهلا في بداياته. فقد بدا أمرا مستغربا في حينها، استدعى كثيرا من النقاش والحوار قبل أن يقتنع المسؤولون بأن يطرح كمقرر ضمن منهج كلية الطب الرئيسية. ودارت العجلة بعد ذلك، وتحرك القطار بتيسير من الله تعالى.

لقد مر تدريس المقرر بمراحل كثيرة منذ أن كان مجرد عناوين لموضوعات تعالج قضايامحددة بطريقة مختصرة جدا، مرورا بمرحلة تطويرأضيفت فيها موضوعات أخرى أكثرحساسية وفيها كثير من الخلاف وتتطلب كثيرا من النقاش، مثل موت الدماغ وقضايا الإنعاش.

تلا ذلك مرحلة التطوير الأهم في طرق التدريس والتعلم والتقويم وشمول موضوعات أكثر ذات صلة بالممارسة الطبية. تم تطوير المقرر ليصبح مبنيا

على الحالات الدراسية التي يتم نقاشها بعد كل محاضرة نظرية، كما أسس التقويم بنفس الطريقة، ليتحقق غرض تعليمي مهم وهو أن ننقل الدارسين من الدراسة النظرية المجردة إلى التطبيق العلمي على حالات واقعية حية تطبق عليهاالمبادىء التي درست في نفس الوقت، وأزعم أن الهدف قد تحقق [١].

لقد كانت رحلة ماتعة ومثرية، برغم ماكان فيها من تحديات وصعوبات تمثلت في قلة المراجع وتناثر الموضوعات في مصادر متعددة لم يكن من السهل جمعها خاصة في بداية الأمر.

ولقد شهدت العقود الأخيرة قفزات هائلة وتطورات مذهلة في مجال الطب وعلومه، تبعها بروز قضايا كثيرة في ممارسةالطب لم تكن موجودة في الماضي، وأوجد هذا التطوروهذه القضايا المستجدة حاجة ماسة لدراسة الجوانب الأخلاقية التي تضبط هذه الممارسات.

كما شهدت هذه العقود اهتماما بالغا بأخلاقيات الطب والعلوم الحيوية ودراسة القضايا المتعلقة بها، وتنادى المهتمون بالأخلاق والقانون إلى إجراء البحوث والدراسات وعقد المؤتمرات والندوات واللقاءات من أجل تجلية الجوانب الأخلاقية ومحاولة ردها إلى أصول الأخلاق ومبادئها ومن ثم وضعها

(1)Alyousefi N,Aljarallah J,and Alrowais N. Case-Based Teaching of Ethics Ethical Challenges Raised by Undergraduate Medical Students during a Bioethics Course (What Students Bring to the Classroom?). Creative Education Vol.7 No.1, January 27, 2016

موضع التطبيق. ولا شك أن هذه الجهود قد نجحت في وضع بعض الأطر الأخلاقية وسن بعض القوانين المنظمة للممارسة الطبية.

ولئن كان لهذه الجهود دور في ضبط بعض جوانب الممارسة الطبية، فلقد شاب بعض هذه الدراسات ومانتج عنها شوائب كثيرة ترجع في أصلها إلى الخلفيات الثقافية والمرجعيات والأصول الفلسفية التي صدرت عنها واستندت إليها.

ومن فضل الله تعالى أن علماء المسلمين لم يكونوا بمعزل عن هذا الواقع، فقد قامت المجامع الفقهية ودور الإفتاء بالنظر في هذه القضاياالمستجدة وأصدرت الفتاوى بشأنها، وعقدت الندوات والمؤتمرات ونشرت البحوث لأجل هذاالغرض المهم، وكان لهذه الجهود المباركة دورا مهما ومميزا في طرح الرؤية الشرعية لهذه القضايا.

وما كان للأطباء والباحثين في مجال الطب والعلماء أن يتعرفوا على الرؤية الشرعية لينطلقوا منها ويستندوا إليها إلا من خلال هذا العمل الدؤوب الذي قامت به هذه المجامع.

لقد ساعدنا هذا كثيرا في وضع اللبنات الأساسية لمنهج، أحسبه متميزًا، إذ جمع بين التأصيل الشرعي والتأسيس الأخلاقي للقضايا الطبية وقارنها مع أنظمة أخلاقية أخرى.

إن تأسيس الأخلاق وإعادتها إلى أصولها الدينية أمر في غاية الأهمية.فديننا

الإسلامي وشريعتنا الغراء زاخران بالكثير من مبادىء الأخلاق وأصولها بمايغني عن البحث في غيرهما. ومن أجل هذا حرصنا على أن تكون المرجعية الإسلامية هي المستند الأساس في النظر لهذه القضايا مع مقارنتها بغيرها من المرجعيات الفلسفية، وبيان أوجه الاختلاف والتميز.

ولم يكن ذلك يعني أن لانفيد من نتاج الآخرين طالما أنه لا يتعارض مع شريعتنا الغراء، فالحكمة ضالة المؤمن أنى وجدها فهو أحق الناس بها.

ويأتي هذا الكتاب - عزيزي القاريء - ثمرة لهذا الجهد من التعلم والتعليم في مجال اخلاقيات لطب على مدى هذه العقود...

يأتي هذا الكتاب عصارة لذلك الجهد الممتد عبر العقود الثلاثة الماضية، وإن لم يقتصر عليه ولم يقف عنده...

إنه نتاج لتلاقح الأفكار من خلال البحث والمتابعة والقراءة المتأنية والمدارسة، كما أنه نتاج للمشاركة في مؤتمرات وندوات وحلقات نقاش ولجان ولقاءات مع مهتمين من الفقهاء والأطباء والقانونيين، كانت محطات إثراء لمؤلف هذا الكتاب أوجدت أثرها البالغ في تناول القضايا ومناقشتها.

إن هذا الكتاب محاولة جادة لتلمس القضايا الهامة التي مازالت تشغل الممارسين الصحيين، حيث يبحثون عن إجابات لأسئلة تثار حولها تواجههم كل يوم، كما تم فيه طرح الموضوعات بآخر مااستجد فيها من تصورات وإشكالات.

ومن هذا المنطلق جاءت فصول الكتاب لتغطي أبرز هذه الجوانب، والتي

يمكن تصنيفها ضمن الموضوعات الرئيسية الآتية:

- الأخلاق بين الدين والفلسفة، حيث رأيت أنه من الأهمية بمكان إعطاء لمحة مختصرة عن هذا الموضوع وتجليته باختصار، حيث يكثر الاتكاء على النظريات الأخلاقية دون معرفة موقعها الحقيقي وموقع الدين بالنسبة للأخلاق.

وتبع ذلك حديث عن النظرية الأخلاقية من حيث متطلباتها ومرتكزاتها، مع مقارنة بعض النظريات السائدة مع النظرية الإسلامية.

- المبادىء والأسس التي تبنى عليها النظرية الإسلامية للأخلاقيات.

- العلاقات في المجال الصحي: حيث شمل ذلك فصلا تمهيديا عن هذه العلاقة ثم تلاه فصول تنشأ من هذه العلاقة وتتأثر بها مثل الإذن الطبي ن وحفظ أسرار المرضى وخصوصياتهم، والإفصاح للمرضى عن أمراضهم الخطرة، كماشملت العلاقات بين أفراد الفريق الصحي.

- القضايا الطبية المعاصرة، أو مايعبرعنه بالنوازل الطبية، وشملت: قضايا الإنعاش وموت الدماغ ونقل وزراعة الأعضاء الآدمية، وقضايا التجميل.

كماشملت قضايا النساء والتوليد وهي: الاجهاض، والانجاب والعقم، ومنع الحمل والتعقيم.

- المسؤولية الطبية وضمان الطبيب ومايتعلق بهما.

- حقوق الممارسين الصحيين

وختم الكتاب بفصل عن التفكير والتحليل الأخلاقي.

لقد بذلت جهدي في أن يرتكز هذا المؤلف في جميع جوانبه وفصوله على



المنظور الإسلامي والرؤية الإسلامية للقضايا المطروحة فيه، وهوجهد المقل، فإن أصبت فمن الله وهو نعم المولى، وإن جانبت الصواب، فحسبي أني بذلت جهدي.

وإن كتب الله بقية في العمر والجهد ويسر ووفق، فسأكمل هذا العمل بمايزيده جلاءا ووضوحا ويشمل قضايا اخرى لم يشملها هذا الكتاب.

والله أسأل أن أكون قد وفقت في طرح المسائل بأسلوب واضح يجد القاريء فيه مبتغاه دون كبيرعناء.

والحمد لله أولا وأخيرًا.

٧ صفر ١٤٤٣ هـ (١٤ سبتمبر ٢٠٢١ م)

الفصل الأول:

الأخلاق بين الفلسفة والدين

الأخلاق بين الفلسفة والدين

ما هي الفلسفة؟

الفلسفة: إختصار لكلمتين يونانيتين هما: فيلو (Philo) وتعني حب، وسوفيا (Sophia) وتعني الحكمة. فالفلسفة في أصلها اللغوي هي محبة الحكمة.

أما المعنى الإصطلاحي للفلسفة، فقد اختلف تعريفها بين الفلاسفة وكثرت صيغه بحيث يصعب حصرها، ولتقريب الصورة نقول: إن من معاني الفلسفة " وجهة النظر أو الرؤية الفكرية الشاملة للحياة والإنسان والعالم من حولنا "

أو "هي تلك العملية التساؤلية التي نحاور فيها أنفسنا ونتحاور فيها مع الآخرين والعالم".

وهناك ثلاثة موضوعات تبحث فيها الفلسفة وهي:

١- موضوع الوجود (انطولوجيا) ontology

٢- موضوع المعرفة (ابستمولوجيا) Epistemology

٣- موضوع القيم (اكسيولوجيا) Axiology

ويهمنا هنا الموضوع الثالث، وهو موضوع القيم حيث يتعرض للمثل العليا والقيم المطلقة، وهي: الحق والخير والجمال من حيث ذاتها [(١)].

---

(١) مصطفى عبده، فلسفة الأخلاق/ مكتبة مدبولي ١٩٩٩م، ص ١٤.

ما معنى الدين؟

الدين لغة هو ما يدان به، ودان له أي أطاعه . ويُطلق في اللغة على عدة معانْ، منها الطريقة، والحكم، والملك، كما يحمل معنى الذل والخضوع.

ويمكن تعرفه إصطلاحاً:" جملة المبادىء التي تدين بها أمة من الأمم اعتقاداً أو عملاً .

وقد عرَّفه بعض الباحثيين بما ملخصه:

"وضع إلهي يُرشد إلى الحق في الاعتقادات وإلى الخير في السلوك والمعاملات" .وكذلك عُرف بأنه " الشرع الإلهي المتلقى عن طريق الوحي"، وينطبق الأخير على الأديان السماوية.

وعرَّفه بعض الغربيين بأنه:

"هو الرباط الذي يصل بالله"، أو"الشعور بواجباتنا من حيث كونها قائمة على أوامر إلهية".

فعلى هذا يكون مفهوم الدين، إما طريق مرسوم للإنسان لكي يسلكه ويأتمر بأوامر شرعه، وينتهي عن نواهيه وإما مبادئ يلتزم بها، ويسير على نهجها. ومهما يكن من أمر فإن الدين عقيدة يحملها الإنسان بين جنباته لا مجرد مشاعر نفسية فقط.

ومن هنا فإن شعور الإنسان تجاه الواجب الديني سيكون مغروزاً في ذاته، ومسيطراً على فكره. ومعلوم أن هناك نوعين من الأديان هما:

أ) الأديان السماوية: وهي التي نزل بها وحي من عند الله تعالى، والمعروف منها في الوقت الحاضر اليهودية، النصرانية والإسلام.

ب) الأديان الوضعية: وهي التي لم ينزل بها وحي سماوي معلوم ومتيقن: كالهندوسية والبوذية وغيرهما.

ما معنى الأخلاق؟

١. المعنى في اللغة: جاء في لسان العرب لابن منظور: الخلق، بضم الخاء هو الدين والطبع والسجية. وحقيقته أنه لصورة الإنسان الباطنة، وهو نفسه وأوصافها المختصة بها .

وقال الفيروزابادي في القاموس المحيط: الخلق، بضم الخاء واللام: السجية والطبع والمروءة والدين .

٢. المعنى الاصطلاحي

لا نكاد نجد تعريفا واحد متفقا عليه للأخلاق، غير أن أكثر التعريفات تداولا هو أنها:

هيئة للنفس راسخة تصدر عنها الأفعال بسهولة ويسر، من غير فكر ولا روية. وهي تتصف بالثبات ويصدر عنها السلوك، ويوصف مايصدر عن النفس بالحسن أو القبيح .

ويمكن أن نستخلص من هذين المعنيين الحقائق الآتية:

أ. أن الأخلاق تدل على الصفات الفطرية المستقرة في النفس.

ب. أنها تشمل الصفات الباطنة والظاهرة معا.



ت. أنها يمكن أن تكون فطرية أو مكتسبة .

أما مايتعلق بأخلاقيات الطب، فيمكن وضع مفهومها كالآتي:

"أنها جملة المباديء والآداب والتصرفات الحسنة المتفقة مع أصول الأخلاق وقواعدها، والتي تطبق في مجال الطب" . فمفهومها لا يتوقف عند آداب المعاملة مع المريض أو ذويه مثلا، وإنما يتعدى إلى جميع الممارسات والإجراءات والمعاملات التي يقوم بها العاملون في المجال الصحي.

الفلسفة والأخلاق:

تبحث الفلسفة فيما يتعلق بالأخلاق عن ماهية الخير والشر، وعن الأساس النظري للواجبات والعلاقة بين الالتزام بالأخلاق والسعادة وغيرها، كما أنها تبحث في الحسن والقبيح، والصفات والسلوكات المقبولة وغير المقبولة وما "يجب" وما "لا يجب".

ولهذا سميت بفلسفة الأخلاق أو الفلسفة الخُلُقية.

وينحو كثير من الباحثين إلى أن علم الأخلاق قد نشأ في حضن الفلسفة، كما يصور بعضهم أن علم الأخلاق لم يكن موجوداً قبل وجود الفلسفة، وخاصة الفلسفة اليونانية. فهل هذا صحيح؟

يرى الدكتور محمد عبد الرحمن مرحبا بأنه من الإجحاف أن تنسب نشأة الأخلاق إلى الفلسفة اليونانية، خاصة سقراط، ويؤكد أن الفلاسفة السابقين على سقراط، وما كانوا عليه من أخلاق هي تطور لأخلاق سابقة عليهم، بل ويرى أن

الأخلاق كانت موجودة في مرحلة ما قبل التاريخ .ويمضي مؤكداً أن أخلاق الشرق سبقت الأخلاق اليونانية ومهدت لها .

ويضرب لذلك مثالاً تـأثرهم بالحضارة المصرية. ولا نريد أن نطيل النقل عنه في هذا المجال، ويكفينا نقل الفكرة الرئيسية في هذا الموضوع.

لقد رافقت الأخلاق البشر منذ نشأتهم، إذ لا يتصور أن لا يعرف البشر الأخلاق إلا في عصور متأخرة، كما يصور بعض الباحثين، وكما قال الفيلسوف جون لوك: " إن الله لم يكن يضن على البشرية بهذه الدرجة، وذلك بأن يجعلهم مخلوقات من ذوات الرجلين، ثم يتركهم لأرسطو كي يجعلهم كائنات عاقلة.."

الدين والأخلاق:

لا يمكن للدين إلا أن يكون مصدراً للأخلاق الحسنة بصفة خاصة، وحتى فلاسفة الغرب الذين نظروا في هذه العلاقة شغلتهم هذه الحقيقة[1]، فلا شيء غير الدين يمكن أن يرسم طريق الحياة الطيبة للإنسان في عاجله وآجله.

لقد بحث الفلاسفة ثلاثة اشكال ممكنة للعلاقة بين الأخلاق والدين، وهي:

١- تبعية الأخلاق للدين

من الفلاسفة الذين قالوا بتبعية الأخلاق للدين: القديس "اوغسطين"، والقديس " توماس الأكويني".

---

(١) عبد الرحمن، طه. سؤال الأخلاق، ص ٢٩.

ويستندان في ذلك إلى أصلين اثنين هما: " الإيمان بالإله"، و "إرادة الإله".

أ) الإيمان بالإله:

وكان نتيجة لاندراج الفلسفة الموروثة عن اليونان بتعاليم الدين المسيحي، وتقرر التسليم بأنه "لا أخلاق بلا إيمان"[1].

ولقد نفر الفلاسفة الذين بقوا على التقليد الفسلفي من هذه الحقيقة، لأن ذاكرتهم تختزن "الإله الأسطوري" في الفكر اليوناني، أو تعدد الآلهة. وهو يختلف عمن يؤمن بإله واحد له الخلق والأمر.

ب) إرادة الإله:

إن الفلسفة التي ترى أن الإيمان بالإله أصلاً من أصولها، وتبني عليه الفضائل الأخلاقية، لابد أن تؤمن بأن الإله هو صاحب الإرادة الكاملة الحقة، فإدراك الوحدانية شرط في إدراك الإرادة، وبهذا تصبح إرادة الله ملزمة لمخلوقاته، فيأتمرون بأوامره، وينتهون عن نواهيه، ويتجلى ذلك في "الوصايا العشر" التي جاء بها موسى عليه السلام.[2]

---

(١) عبد الرحمن، طه. سؤال الأخلاق ص ٣١ وما بعدها.

(٢) عبد الرحمن، طه. سؤال الأخلاق ص ٣٣.

٢- تبعية الدين للأخلاق:

لو أخذنا "كانط" صاحب نظرية الواجب سنجد أنه يؤكد على تأسيس الأخلاق على "الإرادة الخيرة"، وهذه الإرادة متجردة من كل أشكال الحظ والغرض، بما في ذلك الثواب والعقاب، وهي إرادة عاقلة بعقل خالص، ولا مجال لتبعية غيرها، فهي تعمل بمقتضى الواجب لذات الواجب، فهي لا تتلقى الأوامر من غيرها، وهي صاحبة التشريع لنفسها، فهي تلقي الأوامر إلى ذاتها من داخلها.[١]

ومع هذا فقد أجاز"كانط" أن تستتبع الأخلاق الدين كما يستتبع الأصلُ الفرع، ويرى أيضاً أن العمل على تحقيق الخير يوجب الإيمان بخلود الروح، ووجود الإله، وأنه لا بد من افتراض علة للطبيعة كلها، تسمو عليها، وتملك أن يكون بيدها السر، والواصل بين الفضيلة والسعادة ألا وهو الإله، إلا أنه جعل الإيمان بخلود الروح ووجود الإله تابعين للأخلاق.[٢]

يقول الدكتور طه عبد الرحمن في معرض مناقشته لفكرة تبعية الدين للأخلاق والرد على "كانط" أن "كانط" سلك في بناء نظريته الأخلاقية طريقين يوضحان تأثير الدين في الأخلاق.

أما أحدهما فهو طريق المبادلة، حيث أخذ بدل المقولات المعهودة في

---

(١) عبد الرحمن، طه. سؤال الأخلاق ص ٣٦.

(٢) عبد الرحن، طه. سؤال الأخلاق ص ٣٨.

الأخلاق الدينية مقولات أخلاقية مقابلة لها غير معهودة مثل "العقل" بدل "الإيمان"، و "الإرادة الإنسانية" بدل "الإرادة الإلهية".. وهكذا

والطريق الثاني هو المقايسة، حيث يقدر الأحكام الأخلاقية على مثال الأحكام الدينية، مثل القول بأنه إذا كان هناك أخلاق من تقرير الدين المنزل، فهناك أخلاق من تقرير العقل المجرد، وكذلك قياس الإنسان بالإله.. وهكذا. ويخلص الفيلسوف د. طه عبد الرحمن إلى القول بأن "كانط" أقام نظريته الأخلاقية العلمانية على قواعد دينية، وبهذا تبطل تبعية الدين للأخلاق [١].

٣- استقلال الأخلاق عن الدين:

يقرر "هيوم" وهو أحد الفلاسفة المشهورين بأنه: "لا نتيجة أخلاقية، يجوز أن تلزم من قضايا خبرية (مثل الوحي)، أو بمعنى أعم لا نتيجة أخلاقية يجوز أن تلزم من قضايا غير أخلاقية ومن هنا فهو يعارض كل تأسيس للأخلاق على أصول خبرية، فهو يدعو إلى استقلال الأخلاق.[٢]

إن "هيوم" يخرج الأحكام الدينية من الأحكام الأخلاقية حيث إنه يحصر الحكم الديني في الإخبار عن الغيبيات، كما أنه يعد أن الأحكام الدينية لا تصلح لأن تؤسس الأحكام الأخلاقية، كأن يستنكر قول بعضهم بأن الخير والشر متعلقان بإرادة الإله، وان طاعته خير، ومعصيته شر.

---

(١) عبد الرحمن، طه. سؤال الأخلاق ص ٤٠.

(٢) عبد الرحمن، طه. سؤال الأخلاق ص ٤٢٠.

ويمكن الاعتراض على حصر الدين في دائرة المغيبات بأن هناك قصوراً في تصور مفهوم "الدين" ووضعه في خانة ضيقة، إذ يجعله أشبه بالنظرية، بينما حقيقة الدين أشبه بالمؤسسة منه بالنظرية، ومقتضى المؤسسة أن تكون مجموعة أحكام ومعايير تحدد كيفيات العمل من أجل تلبية حاجات معينة، ومن ذلك أن هناك أقوالاً وجوبية تحدد العلاقات بين الموجودات جلباً للمنفعة، ودفعاً للمضرة. فالدين بهذا المفهوم أخلاقي بقدر ماهو إخباري، بل إن الخبر في الدين خادم للأخلاق، ومن هنا يكون حمله على وجه الإيجاب أولى من حمله على وجه الإخبار. فالخبر في الدين لا ينفك عن القيمة الأخلاقية، والخبر الديني ليس خبراً علمياً وإنما هو خبر عملي. فالدين قد أتى لكي يرشد الخلق إلى الطريق الذي ينبغي أن يوجهوا إليه عمل القدرات الإنسانية حتى يستطيعوا أن يحيوا حياة طيبة في العاجل، وحياة سعيدة في الآجل.[١]

يقول المفكر البوسني المسلم علي عزت بيجوفيش عن صلة الأخلاق بالدين مانصه:" لايمكن بناء الأخلاق إلا على الدين، وعلى ذلك فليس الدين والأخلاق شيئا واحدا. فالأخلاق كمبدأ لايمكن وجودها بغير دين، أما الأخلاق كحالة أو ممارسة معينة من السلوك، فإنها لا تعتمد بطريق مباشر على التدين" [٢].

---

(١) عبد الرحمن، طه. سؤال في الأخلاق ص ٤٢ – ٤٩.

(٢) بيجو فيتشن، على عزت. الإسلام بين الشرق والغرب (مترجم)، ص ١٩١

كانت هذه جولة فلسفية أصيلة في نقاش علاقة الدين بالأخلاق استخلصناها من فيلسوف مسلم آصيل هو د. طه عبد الرحمن لم نجد - فيما اطلعنا عليه – من ناقشها بمثل هذا العمق.

ونضيف هنا عن صلة الأخلاق بالدين حقائق أخرى، وهي:

أن الدين هو معرفة الحق الأعلى وتوقيره، والخلق هو قوة النزوع إلى فعل الخير وضبط النفس عن الهوى، وأن القانون الأخلاقي الكامل الأسمى هو الذي يرسم طريق المعاملة الإلهية، كما يرسم طريق المعاملة الإنسانية، وأن الفكرة الدينية تجعل من الألوهية مصدر العقيدة للتشريع. ويترتب على ذلك أن العقيدة باعتبارها المصدر الرئيسي للإحساس بقدسية القوانين الأخلاقية أكبر دافع يدفع الإنسان إلى الأعمال الإيجابية، وإضافة إلى ذلك فإن التدين مغروز في الفطرة الإنسانية، وأن الفكرة الدينية أقوى من الأخلاق المدنية.[١]

يقول الفيلسوف الألماني فيخته: "إن الأخلاق من غير دين عبث"

مؤكدًا أن الأخلاق لم تنشأ إلا في حضن الدين، ويقول الدكتور أليكسيس كاريل:

" إن العقيدة الدينية تجعل للأخلاق فعالية وإيجابية مؤثرة، إذ إن الفكرة المجردة لا تصبح عاملاَ فعالاَ إلا إذا تضمنت عنصراً دينياً أقوى من الأخلاق

---

(١) حلمي، مصطفى. الأخلاق بين الفلاسفة وعلماء الإسلام ص ٢٨-٢٩.

المدنية إلى حد يستحيل معه المقارنة، ولذلك لا يتحمس الإنسان في الخضوع لقواعد السلوك القائم على المنطق إلا إذا نظر إلى قوانين الحياة على أنها أوامر منزلة من الذات الإلهية.[1]

وبهذا الرأي قال الفلاسفة المسلمون في الماضي عن فلسفة اليونان بأنها صدرت عن روح ديني عبروا عنها بأن هؤلاء الفلاسفة الأوائل قد نهلوا من "مشكاة النبوة".[2]

ونجد أن كثيراً من الاتجاهات الأخلاقية قديماً وحديثاَ يشوبها التفكير الديني. [3] وبالرغم من أن بعض الباحثين يرى أن الفلسفة تلتقي مع الدين في الغاية، وتختلف عنه في المنهج، إلا أن هناك من أوجد فروقاً بينهما (الإسلام تحديداً) تتمثل في الآتي:

١- في المصدر والمنبع: فالعقيدة الإسلامية مصدرها الله، والفلسفة عمل انساني يتحكم فيه كل ما يعتري الإنسان من جهل وهوى.
٢- في المنهج والسبيل: فالفلسفة تجعل العلوم الحسنة والبدهية هي الأصل الذي لا يحصل علم إلا بها، أما المنهج القرآني فيبدأ بدعوة الناس إلى التوحيد.
٣- في قوة التأثير: فالعقيدة لها سلطان قاهر قوي على نفوس معتنقيها،

(١) حلمي، مصطفى. الأخلاق بين الفلاسفة وعلماء الدين ص ٣٠.
(٢) النشار، على سامي. نشأة الفكر الفلسفي في الإسلام ص ١١٢.
(٣) صبحي، أحمد محمود.الفسلفة الأخلاقية في الفكر الإسلامي ص ٢٤.

والفلسفة ليست كذلك.

٤- في الأسلوب: فأسلوب الفلسفة مليء بالجفاف والغموض والتعقيد مما يجعل دارسيها يقضون وقتًا كبيراً في فك معضلات مصطلحاتها قبل أن يستطيعوا الدخول في أغوارها. بينما أسلوب العقيدة سهل واضح.

٥- في طريقة الاستدلال: فالقرآن أدلته من الآيات الكونية، وهذا الاستدلال يستلزم العلم بصياغتها من غير احتياج لأقيسة كأقيسة المتكلمين.

أما الاستدلال في الفلسفة فيحمل كثيراَ من الشكوك التي تؤدي إلى الحيرة والقلق، وأحياناً إلى رد الحق.

٦- في الجنى والعطاء: فجني العقيدة إيمان راسخ، وأما جنى الفلسفة فسفسطات عقلية باهتة، لا تزرع إيماناً ولا تورث استقامة.[1]

نخلص من هذا العرض المختصر لهذه القضية الهامة والعميقة؛ إلى أن الدين الذي جاء من عند الله هو أصل الأخلاق ومنبعها، وهو الذي يأخذ بها إلى رحاب الخيرية الإنسانية.



(١) القحطاني، محمد بن سعيد.الإعلام بنقد كتاب نشأة الفكر الفلسفي في الإسلام ص ١١-١٣.

الفصل الثاني:

النظرية الأخلاقية .. متطلبات وأركان

النظرية الأخلاقية : متطلبات وأركان

ما هي النظرية؟

النظرية مصطلح مشتق من الفعل نظر، ويرجع إلى معنى واحد هو تأمل الشيء ومعاينته [١] وأطال النظر وأنعم النظر: تأمل أو فكر بدقة، ونظَّر بتشديد الظاء: وضع نظرية، ومنه التنظير: أي ما يتعلق بوضع نظرية أو وضع أمر في شكل نظرية.[٢]

وأما اصطلاحاً، فلها تعريفات كثيرة، لا تخلو أحيانًا من الغموض، منها:

أنها " قواعد ومبادئ تستخدم لوصف شيء ما، وقد تثبت النظرية حقيقة معينة أو تساهم في بناء فكر جديد".[٣]

أو هي " دراسة تأملية وعقلانية لفكرة تجريدية أو فكرة عامة". [٤]

وقد يختلف تعريفها باختلاف الموضوع أو العلم قيد الدراسة.

فمثلاً من التعريفات أنها:

"شرح واضع للقواعد التي يستند إليها موضوع الدراسة، أو الأفكار التي

---

(١) ابن فارس، معجم مقاييس اللغة ص ٩٩٧.

(٢) عمر، أحمد مختار. معجم اللغة العربية المعاصرة، ص ٢٢٣١-٢٢٣٣. مجلة الكتب العربية https://www.alarabimag.com/

(٣) مفهوم النظرية لغة واصطلاحا. موقع: https://mawdoo3.com/

(4)https://en.wikipedia.org/wiki/Theory Theory.

يتم اقتراحها لشرح حقيقة أوحدث، وبشكل عام، رأي أو تفسير". [١]

وهذا يتعلق غالباً بالنظرية العلمية أكثر من غيرها، وهناك تعريفات تتعلق بعلم الاجتماع والسياسة والاقتصاد، ولم أقف على تعريف خاص بالنظرية الأخلاقية. ويمكننا أن نعرفها أيضًا بأنها:

" مجموعة من البناءات والمفاهيم والتعريفات والافتراضات المتداخلة التي تعطي منظورًا نظاميًا للظواهر بتحديد العلاقات بين المتغيرات بغرض التفسير والتنبؤ بالظواهر". [٢]

وما يعنينا هنا هو أن نوضح الأسس التي تبنى عليها النظرية الأخلاقية في الإسلام بمقارنتها بغيرها من النظريات.

ولا نريد أن ندخل في نقاش حول إثبات وجود نظرية إسلامية في الأخلاق في هذا البحث المختصر، ولعله يتسنى لنا التوسع في هذا الموضوع في المستقبل بإذن الله، وإن كنا نرى أن هناك نظامًا أخلاقيًا إسلاميًا متكاملًا وليس مجرد نظرية.

مرتكزات النظرية الأخلاقية

ونبدأ بتحديد مرتكزات النظرية الأخلاقية على وجه العموم، بمعنى ما هي هذه المرتكزات أو الأسس البنائية التي لا بد من وجودها لكي يكون لدينا نظرية

---

(1)https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/theory.

(٢) الغامدي، ماجد بن سالم. قراءة لنظرية المنهج التربوي في ضوء النظرية الإسلامية. مكتبة الألوكة. https://www.alukah.net/library/0/49958/ .

أخلاقية مكتملة الأركان؟ وهذه المرتكزات كما حددها الدكتور محمد عبد الله دراز في كتابه "دستور الأخلاق في القرآن" هي:

١) الإلزام.

٢) المسؤولية.

٣) الجزاء.

٤) النية والدوافع.

٥) الجهد. (١)

وسنبدأ بمناقشة هذه الأسس تباعاً.

أولاً: مبدأ الإلزام

يعد الإلزام والالتزام من أهم الأسس التي يقوم عليها أي نظام أخلاقي، إذ بدونه يصبح النظام الأخلاقي مفرغاً من محتواه الأساسي.

ومعنى الإلزام الخلقي أن الإنسان يلزم نفسه في سلوكه بمثل أعلى يعمل بمقتضاه، ويتجنب من العمل ما يتنافى معه. (٢)

إنه الأساس الجوهري والمحور الذي يدور حوله النظام الأخلاقي، فلا بد من وجود إلزام، والتزام بالعمل الأخلاقي، ودرجة الالتزام مبنية على درجة

---

(١) دراز، محمد عبد الله. دستور الأخلاق في القرآن. كل موضوع من هذه المواضيع أفرد له فصلًا خاصًا.

(٢) جاد، أحمد محمد. محاضرات في علم الإخلاق، ص ٢٠٩.

الإلزام من حيث القوة والضعف ومن حيث التمسك بالمبادئ الأخلاقية أو عدم التمسك بها.[١]

وإذا انعدم الالتزام انتفت المسؤولية، وبانتفاء المسؤولية لا يتحقق العدل، ولا تستقيم أمور الحياة. ويرتبط بالإلزام ويترتب عليه الالتزام بالواجب، فلا تقوم الأخلاق إلا بهما معًا.

إن القواعد الأخلاقية وما تتضمنه من إلزام تجعل الفرد يشعر بضغط مفروض عليه من الداخل ومن الخارج للالتزام بها، ولابد أن يتم ذلك عن طواعية واختيار، وحرية، وإرادة. وهذا يؤدي إلى الرضا والقبول، أي شعور الالتزام.[٢]

مصادر الإلزام الأخلاقي:

يتوقف بعض الفلاسفة عند مصدرين اثنين للإلزام الأخلاقي هما: قوة الضغط الاجتماعي، وقوة الجذب الناتج عن استمرار العون الإلهي.[٣]

ويضيف الفيلسوف كانط (Kant) قوة إلزام أكثر عمقًا هي الملكة العليا في النفس الإنسانية، والتي توجد مستقلة عن الشهوة وعن العالم الخارجي معًا.[٤]

---

(١) يالجن، مقداد. علم الأخلاق الإسلامية ج١، ص ٢٣١.https://al-maktaba.org/book/11293/264 .

(٢) نصار، جمال. مكانة الأخلاق في الفكر الإسلامي، ص ٤٧، ٤٨.

(٣)دراز، محمد عبد الله. دستور الأخلاق في القرآن، ص ٢٣.

(٤) دراز، محمد: المرجع السابق، ص ٢٦.

مصادر الإلزام الأخلاقي في الفلسفة:

هناك اتجاهان أساسيان فيما يتعلق بالإلزام الأخلاقي، وهما:

الاتجاه الأول: الاتجاه الخارجي

ونعني به قوة الإلزام بسلطة خارجة عن الإنسان. ويختلف مؤيدو هذا الاتجاه، فمنهم من يرى أنه الجماعة أو المجتمع، مثل أوجست كونت، ودوركايم وغيرهما. ومنهم من يرجعها إلى سلطة الدين كما يرى رجال اللاهوت مثل القديس أوغسطين، وتوماس الأكويني، ويرون أن الدين وحده هو الذي يحدد الحسن والقبيح، ومنه يجب أن نأخذ هذا التحديد. [(١)]

الاتجاه الثاني: الاتجاه الداخلي

ويرى أصحابه أن مصدر الإلزام الأخلاقي هو ذات الإنسان وشعوره بالمسؤولية. وقد اختلف هؤلاء في مصدر الإلزام، فمنهم من يرى أنه العقل؛ أي أوامر العقل ونواهيه، ومن أبرزهم الفيلسوف الألماني كانط، فالأخلاق عنده لا تستقيم إلا بسلطة ملزمة تستمد إلزامها من العقل الذي يعرف الواجب وخصائصه.

ومنهم من يرى أنها الوجدان أو الحاسة الأخلاقية أو ما يعرف بالضمير الأخلاقي؛ حيث تقوم هذه القوة الكامنة في داخل الإنسان تفرض عليه أن يفعل الخير، ويجتنب الشر. [(٢)]

---

(١) جاد، أحمد: مرجع سابق، ص ٢١٠ - ٢١٢، ونصار، جمال: ص ٤٨، ويالجن، مقداد: مرجع سابق، ص٢٣٢.

(٢)جاد، أحمد: مرجع سابق، ٢١٤، نصار، جمال: مرجع سابق، ص ٤٨، بالجن، مقداد: مرجع سابق، ٢٣٢.

وهناك من يرى أن مصدر الإلزام الأخلاقي هو المنفعة.[١] والى هذا ذهب النفعيون أمثال جون ستيورات مل، وبينثام ومن سار على نهجهم، حيث اعتبروا أن المنفعة هي الجزاء وهو من اهم الدوافع التي تدفع الإنسان إلى الالتزام الخلقي.[٢]

مصدر الإلزام الأخلاقي في الإسلام

يذم القرآن الكريم اتباع الهوى والانقياد الأعمى، قال تعالى: ﴿ أَفَرَءَيْتَ مَنِ ٱتَّخَذَ إِلَٰهَهُۥ هَوَىٰهُ وَأَضَلَّهُ ٱللَّهُ عَلَىٰ عِلْمٍ وَخَتَمَ عَلَىٰ سَمْعِهِۦ وَقَلْبِهِۦ وَجَعَلَ عَلَىٰ بَصَرِهِۦ غِشَٰوَةً فَمَن يَهْدِيهِ مِنۢ بَعْدِ ٱللَّهِ ۚ أَفَلَا تَذَكَّرُونَ ﴿٢٣﴾ ﴾ (الجاثية: ٢٣).

وقال تعالى في معرض ذم الكفار: ﴿ بَلْ قَالُوٓا۟ إِنَّا وَجَدْنَآ ءَابَآءَنَا عَلَىٰٓ أُمَّةٍ وَإِنَّا عَلَىٰٓ ءَاثَٰرِهِم مُّهْتَدُونَ ﴿٢٢﴾ ﴾ (الزخرف:٢٢).

ويؤكد على أن النفس الإنسانية تلقت في تكونيها الأول الإحساس بالخير وبالشر: ﴿ وَنَفْسٍ وَمَا سَوَّىٰهَا ﴿٧﴾ فَأَلْهَمَهَا فُجُورَهَا وَتَقْوَىٰهَا ﴿٨﴾ ﴾ (الشمس: ٧، ٨)، وأنها مزودة ببصيرة أخلاقية: ﴿ بَلِ ٱلْإِنسَٰنُ عَلَىٰ نَفْسِهِۦ بَصِيرَةٌ ﴿١٤﴾ ﴾ (القيامة:١٤).

وأن الله قد هداها إلى طريقي الفضيلة والرذيلة: ﴿ وَهَدَيْنَٰهُ ٱلنَّجْدَيْنِ ﴾ (البلد: ١٠).

وأن في الإنسان قوة باطنة توجه له أوامر ونواهي، ألا وهي العقل: ﴿ أَمْ تَأْمُرُهُمْ أَحْلَٰمُهُم بِهَٰذَآ ۚ أَمْ هُمْ قَوْمٌ طَاغُونَ ﴿٣٢﴾ ﴾ (الطور: ٣٢). والأحلام هي العقول.[٣]

---

(١) ياجن، مقداد: مرجع سابق، ص٢٣٢.

(٢) جاد، أحمد: مرجع سابق، ص ٢٠٥، نصار، جمال: مرجع سابق، ٤٨.

(٣)دراز، محمد: مرجع سابق، ص ٢٣ – ٢٨.

وإضافة إلى الوحي مصدرًا للإلزام في الإسلام، يقر الإسلام أيضًا بسلطة المجتمع، ويفسح لها مجالاً. وما واجب الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر والنصيحة إلا تجسيداً لهذا الاعتراف.[١]

يقول تعالى: ﴿ يَٰبُنَيَّ أَقِمِ ٱلصَّلَوٰةَ وَأۡمُرۡ بِٱلۡمَعۡرُوفِ وَٱنۡهَ عَنِ ٱلۡمُنكَرِ وَٱصۡبِرۡ عَلَىٰ مَآ أَصَابَكَۖ إِنَّ ذَٰلِكَ مِنۡ عَزۡمِ ٱلۡأُمُورِ ١٧ ﴾ (لقمان:١٧).

ومن ذلك قول الرسول ﷺ:«**من رأى منكم منكرًا فليغيره بيده، فإن لم يستطع فبلسانه، فإن لم يستطع فبقلبه وذلك أضعف الإيمان**». [٢]

كما أن الإسلام أعطى مجالا للضمير الأخلاقي كمصدر من مصادر الإلزام الأخلاقي. [٣]

يقول الرسول ﷺ: «**البر ما اطمأنت إليه النفس، والإثم ما حاك في القلب وتردد في الصدر**».[٤]

والإلزام في الإسلام ليس إلزاماً تعسفيًا وإنما تميز بمراعاة الفطرة الإنسانية والظروف التي يكون فيها الإنسان.

---

(١) نصار، جمال: مرجع سابق، ص ٤٩.

(٢) صحيح مسلم. كتاب الإيمان(رقم٩٩).

(٣) يالجن، مقداد: مرجع سابق، ص ٢٣٢-٢٣٤، نصار، جمال: مرجع سابق، ص ٤٩.

(٤) اخرجه أحمد(18028) ، حسنه الألباني في صحيح الترغيب والترهيب: الدرر السنية: https://dorar.net/hadith/sharh/113607 .

خصائص الإلزام في الإسلام

ويتميز الإلزام في الإسلام بالخصائص الآتية[١]:

١- **الإلزام بقدر الاستطاعة:**

يقول الله سبحانه وتعالى: ﴿ لَا يُكَلِّفُ ٱللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا ۚ لَهَا مَا كَسَبَتْ وَعَلَيْهَا مَا ٱكْتَسَبَتْ ۗ رَبَّنَا لَا تُؤَاخِذْنَآ إِن نَّسِينَآ أَوْ أَخْطَأْنَا ۚ رَبَّنَا وَلَا تَحْمِلْ عَلَيْنَآ إِصْرًا كَمَا حَمَلْتَهُۥ عَلَى ٱلَّذِينَ مِن قَبْلِنَا ۚ رَبَّنَا وَلَا تُحَمِّلْنَا مَا لَا طَاقَةَ لَنَا بِهِۦ ۖ وَٱعْفُ عَنَّا وَٱغْفِرْ لَنَا وَٱرْحَمْنَآ ۚ أَنتَ مَوْلَىٰنَا فَٱنصُرْنَا عَلَى ٱلْقَوْمِ ٱلْكَٰفِرِينَ ﴿٢٨٦﴾ ﴾ (البقرة ٢٨٦).

٢- **اليسر ورفع الحرج:**

وهو مبدأ إسلامي أصيل. يقول الله تعالى: ﴿ يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُوٓاْ إِذَا قُمْتُمْ إِلَى ٱلصَّلَوٰةِ فَٱغْسِلُواْ وُجُوهَكُمْ وَأَيْدِيَكُمْ إِلَى ٱلْمَرَافِقِ وَٱمْسَحُواْ بِرُءُوسِكُمْ وَأَرْجُلَكُمْ إِلَى ٱلْكَعْبَيْنِ ۚ وَإِن كُنتُمْ جُنُبًا فَٱطَّهَّرُواْ ۚ وَإِن كُنتُم مَّرْضَىٰٓ أَوْ عَلَىٰ سَفَرٍ أَوْ جَآءَ أَحَدٌ مِّنكُم مِّنَ ٱلْغَآئِطِ أَوْ لَٰمَسْتُمُ ٱلنِّسَآءَ فَلَمْ تَجِدُواْ مَآءً فَتَيَمَّمُواْ صَعِيدًا طَيِّبًا فَٱمْسَحُواْ بِوُجُوهِكُمْ وَأَيْدِيكُم مِّنْهُ ۚ مَا يُرِيدُ ٱللَّهُ لِيَجْعَلَ عَلَيْكُم مِّنْ حَرَجٍ وَلَٰكِن يُرِيدُ لِيُطَهِّرَكُمْ وَلِيُتِمَّ نِعْمَتَهُۥ عَلَيْكُمْ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ ﴿٦﴾ ﴾ (المائدة: ٦).

وقال تعالى: ﴿ شَهْرُ رَمَضَانَ ٱلَّذِىٓ أُنزِلَ فِيهِ ٱلْقُرْءَانُ هُدًى لِّلنَّاسِ وَبَيِّنَٰتٍ مِّنَ ٱلْهُدَىٰ وَٱلْفُرْقَانِ ۚ فَمَن شَهِدَ مِنكُمُ ٱلشَّهْرَ فَلْيَصُمْهُ ۖ وَمَن كَانَ مَرِيضًا أَوْ عَلَىٰ سَفَرٍ فَعِدَّةٌ مِّنْ أَيَّامٍ أُخَرَ ۗ يُرِيدُ ٱللَّهُ بِكُمُ ٱلْيُسْرَ وَلَا يُرِيدُ بِكُمُ ٱلْعُسْرَ وَلِتُكْمِلُواْ ٱلْعِدَّةَ

---

(١) دراز: مرجع سابق، ص١٨، يالجن:٢٣٧-٢٥١، جمال نصار، ص٥٢-٥٥.

وَلِتُكَبِّرُوا اللَّهَ عَلَىٰ مَا هَدَىٰكُمْ وَلَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ ﴿١٨٥﴾ (البقرة:١٨٥).

ومن هنا جاءت الرخص في العبادات والتدرج في الأحكام. وقد عبر عنه العلامة الطاهر بن عاشور بمقصد " السماحة"، وعده أكبر مقاصد الشريعة الإسلامية.[١]

٣- تحديد الواجبات والتدرج فيها

يدعو الإسلام إلى فعل الخير والإكثار منه، ولأن أفعال الخير غير متناهيه، وليس بمقدور الإنسان أن يعمل الخيرات كلها؛ فقد رتب الإسلام الأعمال الأخلاقية إلى درجات. فهناك الواجب المطلق وهو الإيمان، ثم إن هناك درجات من الإلزام تبدأ بفرض العين، ثم فرض الكفاية، ثم الواجب، ثم السنة المؤكدة، ثم السنة غير المؤكدة، ثم النوافل، وأخيرًا المكملات أو الكماليات. كما أنه رتب المحرمات أو الشرور إلى كبائر وصغائر، ثم المكروهات، ثم فعل ما هو خلاف الأولى.

وقد ترك الإسلام مساحة كبيرة بين الخير والشر وهي المباحات،[٢] وهي التي لا تدخل في باب الأخلاق، ثم هناك ما يعفى عنه، ومنه اللمم، وهي صغائر الذنوب.[٣] وفي نفس الوقت أمر بالتزود من الخيرات والبعد عن الشرور، ودعا

---

(١) بن عاشور، محمد الطاهر. مقاصد الشريعة الإسلامية ٥٨-٦٠.

(٢) ياِلجن، مقداد: مرجع سابق، ص ٢٣٧.

(٣) دراز، محمد عبد الله: مرجع سابق، ص ٨٧-٩٣.

إلى الارتقاء والارتفاع إلى الدرجات العليا في فعل الخير.[١] يقول تعالى: ﴿ أَيَّامًا مَّعْدُودَاتٍ ۚ فَمَن كَانَ مِنكُم مَّرِيضًا أَوْ عَلَىٰ سَفَرٍ فَعِدَّةٌ مِّنْ أَيَّامٍ أُخَرَ ۚ وَعَلَى الَّذِينَ يُطِيقُونَهُ فِدْيَةٌ طَعَامُ مِسْكِينٍ ۖ فَمَن تَطَوَّعَ خَيْرًا فَهُوَ خَيْرٌ لَّهُ ۚ وَأَن تَصُومُوا خَيْرٌ لَّكُمْ ۖ إِن كُنتُمْ تَعْلَمُونَ ﴿١٨٤﴾ ﴾ (البقرة: ١٨٤)، وذلك بعد أن بين حدود الفريضة.

وقال تعالى: ﴿ وَمَا لَكُمْ أَلَّا تَأْكُلُوا مِمَّا ذُكِرَ اسْمُ اللَّهِ عَلَيْهِ وَقَدْ فَصَّلَ لَكُم مَّا حَرَّمَ عَلَيْكُمْ إِلَّا مَا اضْطُرِرْتُمْ إِلَيْهِ ۗ وَإِنَّ كَثِيرًا لَّيُضِلُّونَ بِأَهْوَائِهِم بِغَيْرِ عِلْمٍ ۗ إِنَّ رَبَّكَ هُوَ أَعْلَمُ بِالْمُعْتَدِينَ ﴿١١٩﴾ ﴾ (الأنعام: ١١٩).

وقال أيضًا: ﴿ وَلَمَن صَبَرَ وَغَفَرَ إِنَّ ذَٰلِكَ لَمِنْ عَزْمِ الْأُمُورِ ﴿٤٣﴾ ﴾ (الشورى ٤٣).

بل نجد الإسلام قد دعا إلى التسابق والمسارعة في الخيرات. قال تعالى: ﴿ وَلِكُلٍّ وِجْهَةٌ هُوَ مُوَلِّيهَا ۖ فَاسْتَبِقُوا الْخَيْرَاتِ ۚ أَيْنَ مَا تَكُونُوا يَأْتِ بِكُمُ اللَّهُ جَمِيعًا ۚ إِنَّ اللَّهَ عَلَىٰ كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ ﴿١٤٨﴾ ﴾ (البقرة: ١٤٨). وقال تعالى: ﴿ ۞ وَسَارِعُوا إِلَىٰ مَغْفِرَةٍ مِّن رَّبِّكُمْ وَجَنَّةٍ عَرْضُهَا السَّمَاوَاتُ وَالْأَرْضُ أُعِدَّتْ لِلْمُتَّقِينَ ﴿١٣٣﴾ ﴾ (آل عمران: ١٣٣)، وقال تعالى: ﴿ خِتَامُهُ مِسْكٌ ۚ وَفِي ذَٰلِكَ فَلْيَتَنَافَسِ الْمُتَنَافِسُونَ ﴿٢٦﴾ ﴾ (المطففين: ٢٦).

٤- مراعاة الحالات الاستثنائية[٢]:

ويظهر ذلك جليًا في تخفيف الإسلام بعض التكاليف عن المكلفين، في الظروف الحرجة أو الحالات الطارئة. ومن ذلك إباحة بعض المحرمات عند

---

(١) دراز، محمد عبد الله، ص ٨٧-٩٣.

(٢) يالجن، مقداد: مرجع سابق، ص ٢٤٢-٢٤٩، وجمال نصار: مرجع سابق، ص ٥٤،٥٥.

الضرورة، كإباحة أكل الميتة أو لحم الخنزير، قال تعالى: ﴿ حُرِّمَتْ عَلَيْكُمُ ٱلْمَيْتَةُ وَٱلدَّمُ وَلَحْمُ ٱلْخِنزِيرِ وَمَآ أُهِلَّ لِغَيْرِ ٱللَّهِ بِهِۦ وَٱلْمُنْخَنِقَةُ وَٱلْمَوْقُوذَةُ وَٱلْمُتَرَدِّيَةُ وَٱلنَّطِيحَةُ وَمَآ أَكَلَ ٱلسَّبُعُ إِلَّا مَا ذَكَّيْتُمْ وَمَا ذُبِحَ عَلَى ٱلنُّصُبِ وَأَن تَسْتَقْسِمُوا۟ بِٱلْأَزْلَٰمِ ۚ ذَٰلِكُمْ فِسْقٌ ۗ ٱلْيَوْمَ يَئِسَ ٱلَّذِينَ كَفَرُوا۟ مِن دِينِكُمْ فَلَا تَخْشَوْهُمْ وَٱخْشَوْنِ ۚ ٱلْيَوْمَ أَكْمَلْتُ لَكُمْ دِينَكُمْ وَأَتْمَمْتُ عَلَيْكُمْ نِعْمَتِى وَرَضِيتُ لَكُمُ ٱلْإِسْلَٰمَ دِينًا ۚ فَمَنِ ٱضْطُرَّ فِى مَخْمَصَةٍ غَيْرَ مُتَجَانِفٍ لِّإِثْمٍ ۙ فَإِنَّ ٱللَّهَ غَفُورٌ رَّحِيمٌ ﴿٣﴾ ﴾ (المائدة: ٣).

وقال تعالى: ﴿ وَمَا لَكُمْ أَلَّا تَأْكُلُوا۟ مِمَّا ذُكِرَ ٱسْمُ ٱللَّهِ عَلَيْهِ وَقَدْ فَصَّلَ لَكُم مَّا حَرَّمَ عَلَيْكُمْ إِلَّا مَا ٱضْطُرِرْتُمْ إِلَيْهِ ۗ وَإِنَّ كَثِيرًا لَّيُضِلُّونَ بِأَهْوَآئِهِم بِغَيْرِ عِلْمٍ ۗ إِنَّ رَبَّكَ هُوَ أَعْلَمُ بِٱلْمُعْتَدِينَ ﴿١١٩﴾ ﴾ (الأنعام:١١٩).

ومن هنا جاءت القاعدة الفقهية: (الضرورات تبيح المحظورات)، كما أبيح الكذب في حالات خاصة مثل الإصلاح بين المتخاصمين.

على أنه يجب أن نقرر هنا أن هذه الحالات الاستثنائية ليست هي الأصل، ولا تعد جزءًا من الأخلاق، بل هي حالات ضرورية تقدر بقدرها. والقاعدة الأخلاقية الأساسية هو التوفيق بين الوسيلة والغاية في الخيرية، وليس تبني فكرة أن الغاية تبرر الوسيلة في كل الأحوال.[1]

قوة الإلزام

تستمد قوة الإلزام في الإسلام من قوة الإلزام بالوحي وأثره في العوامل الأخرى المؤثرة في الالتزام، وبهذا يكون قد تفوق على النظريات الأخرى في فكرة الإلزام.

---

(١) بالجن، مقداد: مرجع سابق، ص ٢٤٢-٢٤٦.

ثانياً: المسؤولية

يمكن تعريف المسؤولية بأنها:

(تحمل الشخص نتيجة التزاماته وقراراته واختياراته العملية من الناحية الإيجابية والسلبية أمام الله في الدرجة الأولى، وأمام ضميره في الدرجة الثانية، وأمام المجتمع في الدرجة الثالثة).[1]

والمسؤولية شرط لازم للالتزام والإلزام الأخلاقي، ولا يتصور وجودهما إلا بوجودها.

وقد وردت كلمة المسؤولية أوما يعبرعنها في خمسة مواضع في القران الكريم، منها قوله تعالى: ﴿ وَلَا تَقْرَبُوا۟ مَالَ ٱلْيَتِيمِ إِلَّا بِٱلَّتِى هِىَ أَحْسَنُ حَتَّىٰ يَبْلُغَ أَشُدَّهُۥ ۚ وَأَوْفُوا۟ بِٱلْعَهْدِ ۖ إِنَّ ٱلْعَهْدَ كَانَ مَسْـُٔولًا ﴿٣٤﴾ ﴾ (الإسراء: ٣٤).

وقوله تعالى: ﴿ وَلَا تَقْفُ مَا لَيْسَ لَكَ بِهِۦ عِلْمٌ ۚ إِنَّ ٱلسَّمْعَ وَٱلْبَصَرَ وَٱلْفُؤَادَ كُلُّ أُو۟لَٰٓئِكَ كَانَ عَنْهُ مَسْـُٔولًا ﴿٣٦﴾ ﴾ (الإسراء:٣٦).

ومن ملامح المسؤولية في الإسلام أنها:[2]

١ - مسؤولية شخصية لا يشارك الفرد فيها أحد.

قال تعالى: ﴿ كُلُّ نَفْسٍۭ بِمَا كَسَبَتْ رَهِينَةٌ ﴿٣٨﴾ ﴾ (المدثر: ٣٨).

قال تعالى: ﴿ قُلْ أَغَيْرَ ٱللَّهِ أَبْغِى رَبًّا وَهُوَ رَبُّ كُلِّ شَىْءٍ ۚ وَلَا تَكْسِبُ كُلُّ نَفْسٍ إِلَّا عَلَيْهَا ۚ وَلَا تَزِرُ وَازِرَةٌ وِزْرَ أُخْرَىٰ ۚ ثُمَّ إِلَىٰ رَبِّكُم مَّرْجِعُكُمْ فَيُنَبِّئُكُم بِمَا كُنتُمْ فِيهِ تَخْتَلِفُونَ ﴿١٦٤﴾ ﴾ (الأنعام ١٦٤).

---

(١) يالجن، مقداد: مرجع سابق، ص ٢٥٢.

(٢) الحليبي، أحمد. المسؤولية الخلقية والجزاء عليها دراسة مقارنة، ص :٥-٦١.

وهنا تبدو متميزة بذلك عن اليهودية حيث يتحمل الأبناء تبعة ذنب آبائهم، وعن النصرانية حيث يعيش الإنسان رهين خطيئة آدم عليه السلام وتكفير المسيح مع انه لم يذنب.[١]

٢- عامة لكل المكلفين قال تعالى: ﴿ فَوَرَبِّكَ لَنَسْـَٔلَنَّهُمْ أَجْمَعِينَ ﴾ (الحجر: ٩٢).

وأنها شاملة لكل أنواع التكليف ولا تختص بنوع من الأعمال:

قال تعالى: ﴿ وَلَوْ شَآءَ ٱللَّهُ لَجَعَلَكُمْ أُمَّةً وَٰحِدَةً وَلَٰكِن يُضِلُّ مَن يَشَآءُ وَيَهْدِى مَن يَشَآءُ ۚ وَلَتُسْـَٔلُنَّ عَمَّا كُنتُمْ تَعْمَلُونَ ﴿٩٣﴾ ﴾ (النحل :٩٣).

وقال تعالى: ﴿ فَمَن يَعْمَلْ مِثْقَالَ ذَرَّةٍ خَيْرًا يَرَهُۥ ﴿٧﴾ ﴾ (الزلزلة :٧).

وهناك مسؤولية اجتماعية عن تصرفات الآخرين تتجلى في شعيرة الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر.[٢]

قال تعالى: ﴿ كُنتُمْ خَيْرَ أُمَّةٍ أُخْرِجَتْ لِلنَّاسِ تَأْمُرُونَ بِٱلْمَعْرُوفِ وَتَنْهَوْنَ عَنِ ٱلْمُنكَرِ وَتُؤْمِنُونَ بِٱللَّهِ ۗ وَلَوْ ءَامَنَ أَهْلُ ٱلْكِتَٰبِ لَكَانَ خَيْرًا لَّهُم ۚ مِّنْهُمُ ٱلْمُؤْمِنُونَ وَأَكْثَرُهُمُ ٱلْفَٰسِقُونَ ﴿١١٠﴾ ﴾ (آل عمران: ١١٠).

وأساس المسؤولية الأخلاقية هو ما يأتي:

أ. أهلية الشخص المسؤول للقيام بالمسؤوليات التي يتحملها ويلتزم بها.[٣] ويعني ذلك أن يكون بالغًا عاقلًا.

---

(١) نفس المصدر، ص ٥٨.

(٢) دراز، محمد عبد الله: مرجع سابق، ص ١٥٥.

(٣) يالجن ٢٥٢، أحمد الحليبي ١٥١؛ مانع المانع: القيم الخلقية بين الإسلام والغرب، دراسة تأصيلية مقارنة، ص ١٠٥.

ب. العلم بالحكم الخلقي وإدراكه، [(١)] وذلك بأن يكون الشخص واعيًا لطبيعة ذاته ولسلوكه وأهدافه ونتائج تصرفاته الإيجابية والسلبية وعلى هذا (فالمسؤول إذا لم يكن واعيًا بذاته ومقاصده من أفعاله وما سينجم عنها فلا معنى لجعله مسؤولاً عن تصرفاته. [(٢)]

ج. حرية الإرادة والاختبار: [(٣)] يشترط للمسؤولية الأخلاقية إرادة حرة مدركة، وبدون وجود هذه الإرادة لا يمكن أن يكون الشخص مسؤولًا. كما يشترط لها القصد والإرادة، والنية دون إكراه أو اضطرار، فلا ترتب على العمل مسؤولية إلا إذا توافر فيه النية والقصد، فمتى وُجِدت الإرادة الحرة وجدت المسؤوليه. [(٤)]

والإسلام قد أكد مبدأ حرية الفرد ومسؤوليته عن أفعاله.

قال تعالى: ﴿ قُلْ أَغَيْرَ ٱللَّهِ أَبْغِي رَبًّا وَهُوَ رَبُّ كُلِّ شَيْءٍ ۚ وَلَا تَكْسِبُ كُلُّ نَفْسٍ إِلَّا عَلَيْهَا ۚ وَلَا تَزِرُ وَازِرَةٌ وِزْرَ أُخْرَىٰ ۚ ثُمَّ إِلَىٰ رَبِّكُم مَّرْجِعُكُمْ فَيُنَبِّئُكُم بِمَا كُنتُمْ فِيهِ تَخْتَلِفُونَ ﴿١٦٤﴾ ﴾ (الأنعام:١٦٤).

وقال تعالى: ﴿ وَكُلَّ إِنسَٰنٍ أَلْزَمْنَٰهُ طَٰٓئِرَهُۥ فِي عُنُقِهِۦ ۖ وَنُخْرِجُ لَهُۥ يَوْمَ ٱلْقِيَٰمَةِ كِتَٰبًا يَلْقَىٰهُ مَنشُورًا ﴿١٣﴾ ٱقْرَأْ كِتَٰبَكَ كَفَىٰ بِنَفْسِكَ ٱلْيَوْمَ عَلَيْكَ حَسِيبًا ﴿١٤﴾ ﴾ (الإسراء: ١٣-١٤).

---

(١) يالجن، مقداد: مرجع سابق، ص ٢٥٢ ومابعدها.
(٢) جمال نصار: مرجع سابق، ص ٥٦.
(٣) انظر: يالجن، مقداد: مرجع سابق، ص ٢٥٢؛ احمد الحليبي: مرجع سابق، ص ١٦٢؛ وما بعدها؛ جمال نصار: مرجع سابق، ص ٥٧-٥٨؛ مانع المانع: مرجع سابق، ص ١٠٠؛ دراز: ١٧١ وما بعدها.
(٤) مانع المانع: المرجع السابق، ص ١٠٦.

ثالثا: الجزاء

ترتبط المسؤولية بالإلزام، كما ترتبط بالجزاء، فالجزاء له أهمية مزدوجة تتعلق من جانب بالدفع نحو الإلزام والالتزام الأخلاقي، ومن جانب آخر بالشعور بالمسؤولية الأخلاقية:

أ. الجزاء في الفلسفة:

هل الجزاء الأخلاقي نتيجة طبيعية للمسؤولية الأخلاقية؟

هذا ما يقرره بعض الباحثين، بل يرى أنه لازم لتحقيق العدالة بين الناس، فالمتصف بالفضيلة والمتحلي بها يستحق الثواب، والمتصف بالرذيلة والمتحلي بها يستحق العقاب، [١] هذا يدفع الناس للالتزام الأخلاقي. وهناك من يجادل في ضرورة الجزاء الأخلاقي، على اعتبار أن الالتزام بالأخلاق يجب أن يأتي منزهاً عن الأغراض. [٢]

وقد ناقش الدكتور محمد دراز (رحمه الله) الفكرة، فخلص إلى ضرورة وجود الجزاء الأخلاقي. فيقول: "نعم، إن جزاء ضروريًا، ومحدداً ينبغي أن يطبق في فكرة القانون ذاتها، وإذا كان القانون الأخلاقي لا يتضمن تنفيذه أوانتهاكه أي نتيجة لصالح الفرد الذي يفرض عليه، أو ضده، فإن هذا القانون لا يكون باطل الأثر فحسب، بل متعسفاً وغير معقول، بل إنه لن يكون ملزماً". [٣]

---

(١) محفوظ عزام، الأخلاق في الإسلام بين النظرية والتطبيق. دار الهداية ط١ ص ٣٨.
(٢) دراز، محمد: مرجع سابق ص ٢٤٥،٢٤٦ وما بعدهما.
(٣) دراز: نفس المصدر، ص ٢٤٦.

ب. الجزاء الأخلاقي في الإسلام:

اهتم الإسلام بالجزاء على الأعمال أيما اهتمام، ووضع أسسًا وسمات لهذا الجزاء.

وبادئ ذي بدء يجدر التذكير بأن الشعور بالمتعة عندما نحسن التصرف، وبالألم عندما نسيء التصرف ليس جزاء، وإنما شعور بالتوافق أو التنافر مع المثل العليا.[(١)]

يقول المصطفى ﷺ: «**إذا سرتك حسنتك، وساءتك سيئتك فأنت مؤمن**».[(٢)]

والذي يصلح أن يُعد جزاءً ليس الندم فحسب، وإنما التوبة، فهي جزاء إصلاحي، إلا أنه لابد من التأكيد على أن التوبة لا تكفي في التحلل من حقوق العباد إذ لا بد من آدائها[(٣)]. ونذكرهنا أنواع الجزاء الأخلاقي في الإسلام، وهي:

١.الجزاء الإلهي:

وينقسم هذا الجزاء إلى ثواب وعقاب، فالثواب في حالة الاستقامة، والعقاب في حالة الانحراف. قال تعالى: ﴿ إِنَّ ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ وَعَمِلُواْ ٱلصَّٰلِحَٰتِ كَانَتۡ لَهُمۡ جَنَّٰتُ ٱلۡفِرۡدَوۡسِ نُزُلًا ﴿١٠٧﴾ ﴾ (الكهف: ١٠٧)، هذا في مجال الثواب، وهناك آيات كثيرة تدل على هذا المعنى، ولا يكتفى بإثابة المحسن على إحسانه، بل يضاعف له المثوبة[(٤)].

---

(١) دراز: نفس المصد، ص ٢٤٨.

(٢) اخرجه أحمد في (المسند) (5/252) الدرر السنية: https://dorar.net/hadith/sharh/111387 .

(٣) يالجن، مقداد: مرجع سابق ٢٦٨-٢٦٩.

(٤) يالجن، مقداد: نفس المصدر، ص ٢٦٨: -٢٦٩.

وأما في مجال عقاب المنحرفين والعاصين، فيقول تعالى: ﴿ إِنَّ ٱلَّذِينَ كَفَرُوا۟ وَمَاتُوا۟ وَهُمْ كُفَّارٌ فَلَن يُقْبَلَ مِنْ أَحَدِهِم مِّلْءُ ٱلْأَرْضِ ذَهَبًا وَلَوِ ٱفْتَدَىٰ بِهِۦٓ ۗ أُو۟لَـٰٓئِكَ لَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ وَمَا لَهُم مِّن نَّـٰصِرِينَ ﴿٩١﴾ ﴾ (آل عمران:٩١).

وقال تعالى: ﴿ يَوْمَ تَبْيَضُّ وُجُوهٌ وَتَسْوَدُّ وُجُوهٌ ۚ فَأَمَّا ٱلَّذِينَ ٱسْوَدَّتْ وُجُوهُهُمْ أَكَفَرْتُم بَعْدَ إِيمَـٰنِكُمْ فَذُوقُوا۟ ٱلْعَذَابَ بِمَا كُنتُمْ تَكْفُرُونَ ﴿١٠٦﴾ ﴾ (آل عمران: ١٠٦). وهناك آيات كثيرة بهذا المعنى.

على أن الإسلام يفرق بين كبائر الذنوب وصغائرها فيما يتعلق بالعقاب، فليست كلها على درجة واحدة، فهناك ذنوب كبيرة لا تغتفر أبداً كالشرك بالله، وهناك ذنوب لا تكفر إلا بالتوبة، وهناك سيئات قد تسمى صغائر أو عصيانًا أو لمًا، وعد الله بغفرانها إذا تم اجتناب الكبائر، قال تعالى: ﴿ ٱلَّذِينَ يَجْتَنِبُونَ كَبَـٰٓئِرَ ٱلْإِثْمِ وَٱلْفَوَٰحِشَ إِلَّا ٱللَّمَمَ ۚ إِنَّ رَبَّكَ وَٰسِعُ ٱلْمَغْفِرَةِ ۚ هُوَ أَعْلَمُ بِكُمْ إِذْ أَنشَأَكُم مِّنَ ٱلْأَرْضِ وَإِذْ أَنتُمْ أَجِنَّةٌ فِى بُطُونِ أُمَّهَـٰتِكُمْ ۖ فَلَا تُزَكُّوٓا۟ أَنفُسَكُمْ ۖ هُوَ أَعْلَمُ بِمَنِ ٱتَّقَىٰٓ ﴿٣٢﴾ ﴾ (النجم :٣٢).

ويستثنى من ذلك فئة ممن غلب عليهم الشر، واستحكم في نفوسهم. قال تعالى: ﴿ بَلَىٰ مَن كَسَبَ سَيِّئَةً وَأَحَـٰطَتْ بِهِۦ خَطِيٓـَٔتُهُۥ فَأُو۟لَـٰٓئِكَ أَصْحَـٰبُ ٱلنَّارِ ۖ هُمْ فِيهَا خَـٰلِدُونَ ﴿٨١﴾ ﴾ (البقرة: ٨١). [١]

هذا في الجزاء الإلهي الأخروي، فهل هناك جزاء إلهي دنيوي؟

والجواب هنا: نعم. وعلينا أن ندرك أولاً أن الجزاء الإلهي في الحياة الدنيا ذا

---

(١) جاد، أحمد: مرجع سابق، ص ٢٠٢.

طابع عقلي وروحي ونسبة ضئيلة من العنصر المادي، فمن ذلك قوله تعالى: ﴿ وَمَن يَتَّقِ ٱللَّهَ يَجْعَل لَّهُۥ مَخْرَجًا ﴿٢﴾ وَيَرْزُقْهُ مِنْ حَيْثُ لَا يَحْتَسِبُ ۚ وَمَن يَتَوَكَّلْ عَلَى ٱللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُۥٓ ۚ إِنَّ ٱللَّهَ بَٰلِغُ أَمْرِهِۦ ۚ قَدْ جَعَلَ ٱللَّهُ لِكُلِّ شَىْءٍ قَدْرًا ﴿٣﴾ ﴾ (الطلاق: ٣).

وقوله تعالى: ﴿ وَلَوْ أَنَّ أَهْلَ ٱلْقُرَىٰٓ ءَامَنُوا۟ وَٱتَّقَوْا۟ لَفَتَحْنَا عَلَيْهِم بَرَكَٰتٍ مِّنَ ٱلسَّمَآءِ وَٱلْأَرْضِ وَلَٰكِن كَذَّبُوا۟ فَأَخَذْنَٰهُم بِمَا كَانُوا۟ يَكْسِبُونَ ﴿٩٦﴾ ﴾ (٩٦ الأعراف).

ومن ذلك عنصر تأييد المؤمنين كما في قوله تعالى: ﴿ إِن تَمْسَسْكُمْ حَسَنَةٌ تَسُؤْهُمْ وَإِن تُصِبْكُمْ سَيِّئَةٌ يَفْرَحُوا۟ بِهَا ۖ وَإِن تَصْبِرُوا۟ وَتَتَّقُوا۟ لَا يَضُرُّكُمْ كَيْدُهُمْ شَيْـًٔا ۗ إِنَّ ٱللَّهَ بِمَا يَعْمَلُونَ مُحِيطٌ ﴿١٢٠﴾ ﴾ (١٢٠آل عمران).

أما ما يتعلق في الجانب العقلي والروحي فمن ذلك التكفل بقيادة الفطرة إلى الوجهة التي تميل إليها.

قال تعالى: ﴿ وَٱلَّذِينَ جَٰهَدُوا۟ فِينَا لَنَهْدِيَنَّهُمْ سُبُلَنَا ۚ وَإِنَّ ٱللَّهَ لَمَعَ ٱلْمُحْسِنِينَ ﴿٦٩﴾ ﴾ (٦٩العنكبوت).

ومنه إصلاح العمل عند الإلتزام بالصدق والأمانة قال تعالى: ﴿ يُصْلِحْ لَكُمْ أَعْمَٰلَكُمْ وَيَغْفِرْ لَكُمْ ذُنُوبَكُمْ ۗ وَمَن يُطِعِ ٱللَّهَ وَرَسُولَهُۥ فَقَدْ فَازَ فَوْزًا عَظِيمًا ﴿٧١﴾ ﴾ (٧١الأحزاب).

ومن ذلك الجانب الروحي، ويتمثل ذلك في التغيير الإيجابي الذي تحدثه أفعالنا الخيرة في علاقتنا مع الله سبحانه وتعالى، فمن ذلك: الحب للمؤمنين قال تعالى: ﴿ وَإِن طَآئِفَتَانِ مِنَ ٱلْمُؤْمِنِينَ ٱقْتَتَلُوا۟ فَأَصْلِحُوا۟ بَيْنَهُمَا ۖ فَإِنۢ بَغَتْ إِحْدَىٰهُمَا عَلَى ٱلْأُخْرَىٰ فَقَٰتِلُوا۟ ٱلَّتِى تَبْغِى حَتَّىٰ تَفِىٓءَ إِلَىٰٓ أَمْرِ ٱللَّهِ ۚ فَإِن فَآءَتْ فَأَصْلِحُوا۟ بَيْنَهُمَا بِٱلْعَدْلِ وَأَقْسِطُوٓا۟ ۖ إِنَّ ٱللَّهَ يُحِبُّ

ﭐلۡمُقۡسِطِينَ ﴿٩﴾ ﴾ (الحجرات، ٩)، ﴿ وَكَأَيِّن مِّن نَّبِيّٖ قَٰتَلَ مَعَهُۥ رِبِّيُّونَ كَثِيرٞ فَمَا وَهَنُواْ لِمَآ أَصَابَهُمۡ فِي سَبِيلِ ٱللَّهِ وَمَا ضَعُفُواْ وَمَا ٱسۡتَكَانُواْۗ وَٱللَّهُ يُحِبُّ ٱلصَّٰبِرِينَ ﴿١٤٦﴾ ﴾ (آل عمران١٤٦).

٢-الجزاء الوجداني أو القلبي:

ويقصد به ذلك الشعور-المتأصل في نفوسنا- والذي نحس به إثر إقدامنا على فعل الخير. فالشعور بالسعادة والفرح عند فعل الخير، أو بالتأنيب والألم عند فعل الشر، يعتمد على الوجدان الفطري لدينا [(١)]. وقيمة هذا الجزاء أعظم من الجزاء المادي، إذ يُشعرنا بالرضا والطمأنينة [(٢)]. يقول الله سبحانه وتعالى: ﴿ ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ وَتَطۡمَئِنُّ قُلُوبُهُم بِذِكۡرِ ٱللَّهِۗ أَلَا بِذِكۡرِ ٱللَّهِ تَطۡمَئِنُّ ٱلۡقُلُوبُ ﴿٢٨﴾ ﴾ (الرعد ٢٨).

يقول الرسول ﷺ: «**البر ما اطمأنت إليه النفس، والإثم ما حاك في القلب وتردد في الصدر**». [(٣)].

٣-الجزاء الطبيعي:

وهو مقتضى مخالفة القوانين الأخلاقية، فقد يرجع هذا الجزاء إلى السنن الإلهية نفسها، مثل الإصابة بالأمراض نتيجة ارتكاب فاحشة الزنا، أو الأمراض الناتجة عن تناول المسكرات مثلاً. [(٤)]

---

(١) المانع، مانع: مرجع سابق، ص ١١٢، انظر ايضا: يالجن، مقداد: مرجع سابق، ص ٢٨٠ وما بعدها.
(٢) نصار، جمال: مرجع سابق، ص ٦٩.
(٣) اخرجه أحمد(18028) ، حسنه الألباني في صحيح الترغيب والترهيب: الدرر السنية: https://dorar.net/hadith/sharh/113607 .
(٤) يالجن، مقداد: مرجع سابق، ص ٢٨٤.

وقد يرجع إلى القوانين الطبيعية الاجتماعية مثل عدم الثقة بمن يخالف الصدق أو الأمانة، وعلى العكس عند الالتزام بالقوانين الأخلاقية حيث الاطمئنان والرخاء والمحبة[١].

٤- الجزاء الإجتماعي:

وينقسم إلى قسمين:

أ) الجزاء غير المباشر: وذلك ما يجده كل فرد في المجتمع جراء انتشار الانحلال الأخلاقي، مثل الكذب والنفاق والمحاباة والخيانة وغيرها، وحينئذٍ تصبح الحياة مليئة بالبغضاء والعداوات، وتزول منها كل بهجة ومودة.

ب) الجزاء المباشر: وهو ما يقرره المجتمع من عقاب للمنحرف، وثواب للصالح، ومن ذلك ما قرره الإسلام عقوبة لمرتكب الزنا، قال تعالى: ﴿ ٱلزَّانِيَةُ وَٱلزَّانِي فَٱجۡلِدُواْ كُلَّ وَٰحِدٖ مِّنۡهُمَا مِاْئَةَ جَلۡدَةٖۖ وَلَا تَأۡخُذۡكُم بِهِمَا رَأۡفَةٞ فِي دِينِ ٱللَّهِ إِن كُنتُمۡ تُؤۡمِنُونَ بِٱللَّهِ وَٱلۡيَوۡمِ ٱلۡأٓخِرِۖ وَلۡيَشۡهَدۡ عَذَابَهُمَا طَآئِفَةٞ مِّنَ ٱلۡمُؤۡمِنِينَ ٢ ﴾ (النور: ٢). وكذلك قطع يد السارق، وعقاب المحاربين لله ورسوله، فهو حق المجتمع عند التعدي على حرماته، وهو حق لله من حيث الأصل.[٢]

---

(١) نصارن جمال: مرجع سابق، ص ٦٨.

(٢) يالجن: مرجع سابق، مقداد، ص ٢٨٥-٢٨٧، نصار، جمال: مرجع سابق، ص ٨٦- ٦٩.

رابعًا: النية والدوافع:

تقف النظريات الأخلاقية السائدة من النية والدوافع موقفاً سلبياً، إذ إنها لا تقيم لها وزناً إلا إذا استثنينا فلسفة "كانط" الأخلاقية، إذ يرى أن الفعل يتصف بالأخلاقية متى ما كان دافعه إطاعة العقل، ولا يعترف بأي دوافع أخرى.

إن من فلاسفة الأخلاق من يرى أن مناط الحكم الخلقي هو نفس العمل، فما دام حسناً ونتائجه حسنة، كان خيراَ، وإذا كان سيئاً ونتائجه سيئة كان شراً، فالنيات والمقاصد أمر لا نستطيع أن نطلع عليه، ولهذا لا يجوز أن نجعلها مناط الحكم الخلقي. [(١)]

أما الإسلام فقد رفع من شأن النية وجعلها أساسًا في قبول العمل. يقول الله سبانه وتعالى: ﴿ وَمَآ أُمِرُوٓاْ إِلَّا لِيَعۡبُدُواْ ٱللَّهَ مُخۡلِصِينَ لَهُ ٱلدِّينَ حُنَفَآءَ وَيُقِيمُواْ ٱلصَّلَوٰةَ وَيُؤۡتُواْ ٱلزَّكَوٰةَۚ وَذَٰلِكَ دِينُ ٱلۡقَيِّمَةِ ٥ ﴾ (البينة: ٥).

ويقول الرسول ﷺ: «**إنما الأعمال بالنيّات، وإنما لكل امرئ مانوى، فمن كانت هجرته إلى الله ورسوله؛ فهجرته إلى الله ورسوله، ومن كانت هجرته لدنيا يصيبها، أو امرأة ينكحها؛ فهجرته إلى ما هاجر إليه**». [(٢)]

فلا بد من حسن القصد وحسن النية ليكون العمل عمومًا مقبولًا، والعمل الأخلاقي مندرج في ذلك دون شك.

وصحة العمل لا تكون إلا بالنية، ولهذا عدها الفقهاء شرطاً من شروط

---

(١) زقزوق، محمود: مقدمة في علم الأخلاق، ص ٤٥.

(٢) اخرجه البخاري (٥٤)، ومسلم (١٩٠٧) باختلاف يسير. الدرر السنية https://www.dorar.net/hadith/sharh/77125.

العمل.[١] ومن هنا وجب أن تكون النية خالصة لله تعالى مبتغية مرضاته، ليكون العمل خالصاً مقبولاً. يقول الدكتور دراز رحمه الله: " إن النية خير، والعمل القائم على النية الحسنة خير أكبر. لأنه العمل الأخلاقي المتكامل ".[٢]

ونخلص من هذا إلى الحقائق الآتية:

أ. أن الأخلاق لا يعتد بها شرعاً إلا بالنية المرتبطة بها.

ب. أن الأعمال الخلقية لا تكون مقبولة حتى يكون الباعث الأول على فعلها وجه الله تعالى.

ت. أن جزاء العامل على خلقه بحسب نيته إن خيراً فخيراً، وإن شراً فشرًا.[٣]

خامساً: الجهد أو العمل:

هناك عنصران لا ينفصلان في البناء الأخلاقي: النية والعمل، فالعمل الأخلاقي مهم كما هي النية.

والجهد يعني العلم بعزم، وموضوعه مقاومة قوة أو (قهر مقاومة)، فالمجاهدة مطلوبة في كل حال، فطريق الرقي الأخلاقي لابد فيه من بذل الجهد. قال تعالى: ﴿ فَلَا اقْتَحَمَ الْعَقَبَةَ ﴿١١﴾ ﴾ (البلد ١١)، ويتجلى هذا الجهد في مقاومة الميول

---

(١) عبد الله كامل. أثرالنية في العمل. شكبة الألوكه: ٢١ اكتوبر، ٢٠١٧م: https://www.alukah.net/sharia/0/42274/.

(٢) دراز، محمد: مرجع سابق، ص ٤٧٠.

(٣) الحليبي، أحمد: مرجع سابق ص ١٨١.

السيئة التي تحث الإنسان على الشر باستخدام قوة كفيلة باستبعاد هذه الميول.

قال تعالى: ﴿ وَأَمَّا مَنْ خَافَ مَقَامَ رَبِّهِۦ وَنَهَى ٱلنَّفْسَ عَنِ ٱلْهَوَىٰ ﴿٤٠﴾ ﴾ (النازعات:٤٠).

فكبح جماح الأهواء هو السبيل للوصول إلى الفضائل والرقي الأخلاقي، وهذا هو المستوى الأول، أما المستوى الأعلى منه فيحتاج إلى كفاح متكرر، قال تعالى: ﴿ وَٱلَّذِينَ جَٰهَدُواْ فِينَا لَنَهْدِيَنَّهُمْ سُبُلَنَاۚ وَإِنَّ ٱللَّهَ لَمَعَ ٱلْمُحْسِنِينَ ﴾ (العنكبوت ٦٩).

ويقول تعالى في الحديث القدسي: «وما يزال عبدي يتقرب إلى بالنوافل حتى أحبه».

ويبقى أن هناك قاعدة مسطرة في قوله تعالى: ﴿ ۞ وَمَآ أُبَرِّئُ نَفْسِيٓۚ إِنَّ ٱلنَّفْسَ لَأَمَّارَةُۢ بِٱلسُّوٓءِ إِلَّا مَا رَحِمَ رَبِّيٓۚ إِنَّ رَبِّي غَفُورٞ رَّحِيمٞ ﴿٥٣﴾ ﴾ (يوسف: ٥٣).

فالرجل الصالح في الإسلام ليس مجرداً من الشهوة أو غير مبال بالألم إلا أن اهتماماته عاليه.

وقد عرفت الأخلاقية بأنها " فن السيطرة على الأهواء"، والحق أنها " بعث للحياة في القيم الأخلاقية"، والعودة إلى فعل الخير بدل الامتناع عن فعل الشر. يقول النبي ﷺ: «**على كل مسلم صدقة**». قالوا: فإن لم يجد؟ قال: «**فيعمل بيده فينفع نفسه ويتصدق**، قالوا: فإن لم يجد؟ قال: «**يعين ذا الحاجة الملهوف**. قالوا: فإن لم يجد؟ قال: «**فليعمل بالمعروف وليمسك عن الشر فإنها له صدقة**». (متفق عليه).[1]

---

(١) اخرجه البخاري في صحيحه (٧٨/ ٣١٨٨ برقم ٥٦٩٩ (ومسلم في صحيحه (١٩/ ٤٠٧ برقم ١٧٥٠ https://cutt.us/p0ib6.

وهذا هو جهد المدافعة. فهي حركة مستمرة.[١]

ولا بد أن يكون العمل أيضاً حسناً وصوابًا، والحسن الصواب هو ما يوافق شرع الله سبحانه وتعالى فيأتمر بأوامره، وينتهي عن نواهيه.

قال تعالى: ﴿ لِلْفُقَرَآءِ ٱلْمُهَٰجِرِينَ ٱلَّذِينَ أُخْرِجُوا۟ مِن دِيَٰرِهِمْ وَأَمْوَٰلِهِمْ يَبْتَغُونَ فَضْلًا مِّنَ ٱللَّهِ وَرِضْوَٰنًا وَيَنصُرُونَ ٱللَّهَ وَرَسُولَهُۥٓ ۚ أُو۟لَٰٓئِكَ هُمُ ٱلصَّٰدِقُونَ ﴿٨﴾ ﴾ (الحشر: ٨).

فهولاء هم الذين استحقوا المدح والقبول والرضا الإلهي.

يقول الدكتور محمد دراز:

تتضمن النية ثلاثة عناصر، هي: إدراك ما يجري عمله، وإرادة إنجاز العمل، واستهداف العمل من حيث إنه مأمور به شرعًا.

ويقول: " في الأصل يتفق القانون والأخلاق في هذا الشرط – وهو النية – إلا أن القانون قد يعاقب على عمل تم بحسن نية وأحدث ضرراً كالقتل مثلاً.

ويقول: " من الناحية الأخلاقية، لايدخل في باب الأخلاق أي عمل لا يكون في آن واحد إراديًا وشعوريًا ومعقودًا على النية".[٢]

ويؤكد على أن للنية ثلاث حالات:

الأولى: العمل يحدث بغير نية، وسمى هذه الحالة: حالة "البطلان الأخلاقي".

الثانية: النية والعمل حاضران، ولكن بهما بعض النقص، إما بوجود نية

---

(١) مستخلص بإختصار شديد من كتاب دستور الأخلاق في القران الصفحات من ٥٨٥ – ٦١٢.

(٢) دراز، محمد: مرجع سابق، ص ٤٢٥ إلى ٤٦٥.

سيئة وهي حالة "اللاأخلاقية"، وإما أن العمل غير مطابق للنية، وهي حالة " الانحراف الأخلاقي"، أو سوء السلوك، وهي قابلة للإدانة أو العفو.

الثالثة: العمل والنية حاضران ومتطابقان، وهي حالة " الأخلاقية الكاملة".

هذه أبرز المرتكزات التي تقوم عليها النظريات الأخلاقية، وتقوم من خلالها، فإذااكتملت واتضحت وترابطت، كانت النظرية أكثر مصداقية وأحرى بالقبول. وهي كلها واضحة المعالم في النظرية الإسلامية للأخلاق منبثقة من القرآن الكريم مصدر التشريع الأول.

مسلمات النظرية الأخلاقية الإسلامية

هناك مسلمات تتبناها النظرية الأخلاقية الإسلامية، وتبني عليها، وهي:

أولاً: مسلمة الصفة الأخلاقية للإنسان

ومقتضى هذه المسلمة أنه "لا إنسان بغير أخلاق"، ويترتب على هذه المسلممة ثلاث حقائق:

١- أن هوية الإنسان أساساً ذات طبيعة أخلاقية.

٢- أن هوية الإنسان ليست رتبة واحدة، وإنما رتب متعددة. فقد يكون الفرد من الجماعة أكثر إنسانية أو أقل من غيره.

٣- أن هوية الإنسان ليست ثابتة، وإنما متغيرة. فيجوز أن يكون الفرد في طور من أطوار حياته إنساناً أكثر أو أقل منه في طور آخر.

ثانياً: مسلمة الصفة الدينية للأخلاق

ومقتضى هذه المسلمة أنه "لا أخلاق بغير دين"، ولا شك أن هذه المسلمة محل اعتراض من العلمانيين (اللادينيين) وغيرهم من أصحاب النزعات الالحادية أو المادية.

والأخلاق قد تبنى على الدين بإحدى طريقتين:

أ. الطريق المباشر: وذلك بتلقي خبر هذه الأخلاق من الوحي الإلهي، والتأسي بالرسول ﷺ الذي جاء بهذا الوحي.

ب. الطريق غير المباشر: ويكون باقتباس الأخلاق من الدين مع العمل على إخراجها عن وصفها الديني الإلهي، أو مع التستر المبيت على أصلها الديني، كما يقوم باللجوء إلى القياس على الأخلاق الدينية فيما يستنبط من اخلاق وضعية.

ويترتب على هاتين المسلمتين أن نقرر أن الهوية الإنسانية هوية دينية و"الإنسان كائن متدين".

مميزات الأخلاق الإسلامية وخصائصها:

الأخلاق في الإسلام ليست نتاجاً بشرياً، ولا جهداً عقلياً فلسفياً، وإنما وحي منزل من الله خالق الإنسان العالم بخلقه، وأحواله، وشؤونه، بل شؤون الكون الذي يعيش فيه. قال تعالى: ﴿ أَلَا يَعْلَمُ مَنْ خَلَقَ وَهُوَ اللَّطِيفُ الْخَبِيرُ ﴿١٤﴾ ﴾ (الملك: ١٤). فالإسلام في حقيقته عقيدة وشريعة، وعبادات وأخلاق.

ومن مميزت الأخلاق وخصائصها في الإسلام ما يأتي:

الأولى: الربانية

فالأخلاق في الإسلام مصدرها الوحي الإلهي والتشريع الرباني، وتنطلق من أوامره ونواهيه.

فهي ربانية المصدر، وهي كذلك ربانية الوجهة؛ إذ تقصد من خلال الالتزام بها إلى ربط الإنسان بالله تبارك وتعالى. وهو أمرلا تجده في القوانين الأخلاقية الوضعية.

الثانية: الشمول

فالأخلاق في الإسلام لا تتعلق بجانب واحد من جوانب حياة الإنسان، بل تنتظم حياته من بدايتها إلى نهايتها، وتفرد أجنحتها على كل نواحي الحياة. فدائرة الأخلاق واسعة جدًا، ونطاقها رحب. فهي تنظم علاقة الإنسان بخالقه تبارك وتعالى، كما تنظم علاقته بأخيه الإنسان، وحتى علاقته مع الحيوان والجماد.

ويشمل جانب العقيدة، حيث الدعوة إلى الإخلاص والصدق بعيداً عن الرياء، وفي مجال العبادة حيث ابتغاء وجه الله بها، والانضباط بحدودها المشروعة. وفي مجال الأخلاق الفردية نجد الدعوة الى الحياء والصبر، وفي مجال العلاقات الإنسانية نجد الدعوة إلى الإحسان وأداء الواجب والتعاون.[1] فمجال الأخلاق في الإسلام هو هذا الكون كله وفي جميع أنحائه.

---

(١) قرعوش، كايد: الأخلاق في الإسلام، ص ٥٣-٥٤.

ومن جوانب الشمول في الأخلاق الإسلامية أن الإسلام لم يكتف بإضفاء الصفة الخلقية الحسنة على السلوك ذي الطابع النفعي او الضروري للحياة فحسب، وإنما أضفى ذلك على الجانب التحسيني والجمالي. فهناك آداب لكل نشاط من أنشطة الإنسان حتى في مأكله وملبسه ومجلسه وممشاه، كما دعا إلى الظهور بالمظهر الحسن أمام الناس.(١)

الثالثة: الواقعية والمثالية

تتجلى مثالية الأخلاق في دعوتها الإنسان إلى التسامي والارتقاء، فهي تنشد المثل العيا في القيم الأخلاقية والسلوك الإنساني، وترنو إلى أن يصل إلى أقصى درجات الكمال، هذه هي خاصية المثالية،(٢) وفي نفس الوقت هي أخلاق واقعية تتجلى في التكليف بقدر الإستطاعة، ومراعاة الحالات الضرورية، وتجنب الإنسان الضيق والحرج، ولا تحاسب الإنسان على الأعمال التي تقع خارج نطاق إرادته كالخطأ والنسيان والإكراه. (٣)

ومن ذلك أيضاً مراعاة الفوارق والقدرات بين الناس، ومدى قدرتهم على الالتزام بأحكام الدين، كما قال تعالى: ﴿ ثُمَّ أَوْرَثْنَا ٱلْكِتَٰبَ ٱلَّذِينَ ٱصْطَفَيْنَا مِنْ عِبَادِنَا ۖ فَمِنْهُمْ ظَالِمٌ لِّنَفْسِهِۦ وَمِنْهُم مُّقْتَصِدٌ وَمِنْهُمْ سَابِقٌۢ بِٱلْخَيْرَٰتِ بِإِذْنِ ٱللَّهِ ۚ ذَٰلِكَ هُوَ ٱلْفَضْلُ ٱلْكَبِيرُ ﴿٣٢﴾ ﴾ (فاطر ٣٢).

---

(١) القوسي، مفرح. دراسات في النظام الخلقي بين الإسلام والنظم الوضعية، ص ٩٥- ٩٨.
(٢) قرعوش، كايد: مرجع سابق، ص ٥٤.
(٣) مرسي، محمد منير. مجتمع الفضيلة: الأخلاق في الإسلام، ص ٥٥.

ومع تفاوتهم في الالتزام بأحكام الدين إلا أنه اعتبرهم جميعاً من المصطفين واعتبرهم من العباد، ولم يلفظهم أو يرفضهم.[١]

ومن أمثلة الواقعية إباحة الكذب في أحوال استثنائية كغرض الإصلاح بين الناس، أو الكذب على العدو المحارب.

الرابعة: التوازن والتوسط

تتسم الأخلاق الإسلامية بالتوازن والتوسط، ويتضح ذلك في الأمور الآتية:

أ) **التوازن بين حق الجسم وحق الروح:**

فلا حرمان للجسم يصل إلى حد التعذيب كما في الرهبانية والرواقية البرهمية وغيرها، ولا إغفال لأمر الروح كما في اليهودية. فهاهو رسول الله ﷺ يبين هذا التوازن في رده على النفر الذي نزعوا إلى الرهبانية فقال: «**أما والله إني لأخشاكم لله وأتقاكم له، لكني أصوم وأفطر، وأصلي وأرقد، وأتزوج النساء، فمن رغب عن سنتي فليس مني**».[٢]

ب) **التوازن بين الدنيا والآخرة:**

وهذا واضح في اعتبار الإسلام أن الحياة الآخرة هي امتداد للحياة الدنيا، وأن الدنيا مزرعة لها. وفي معرض المدح يقول الله سبحانه وتعالى: ﴿ وَمِنْهُم مَّن يَقُولُ رَبَّنَآ ءَاتِنَا فِي ٱلدُّنْيَا حَسَنَةً وَفِي ٱلْأَخِرَةِ حَسَنَةً وَقِنَا عَذَابَ ٱلنَّارِ ﴿٢٠١﴾ ﴾ (البقرة: ٢٠١).

---

(١) قرعوش، كايد: مرجع سابق، ص ٥٥.

(٢) صحيح البخاري الصفحة أو الرقم 5063 :الدرر السنية https://dorar.net/hadith/sharh/64188 .

وإشارة إلى الاهتمام بالحياة الدنيا مع ابتغاء الحياة الآخرة، قال تعالى: ﴿ وَٱبْتَغِ فِيمَآ ءَاتَىٰكَ ٱللَّهُ ٱلدَّارَ ٱلْـَٔاخِرَةَ ۖ وَلَا تَنسَ نَصِيبَكَ مِنَ ٱلدُّنْيَا ۖ وَأَحْسِن كَمَآ أَحْسَنَ ٱللَّهُ إِلَيْكَ ۖ وَلَا تَبْغِ ٱلْفَسَادَ فِى ٱلْأَرْضِ ۖ إِنَّ ٱللَّهَ لَا يُحِبُّ ٱلْمُفْسِدِينَ ﴿٧٧﴾ ﴾ (القصص: ٧٧).

ج) **التوازن بين الحقوق والواجبات**

فلا دعوة إلى التراخي بكثرة الحقوق الفردية وإطلاق العنان باسم الحرية، ولا إرهاق، بكثرة الواجبات، بل هناك توازن بينهما. [١]

د) التوازن في النظر إلى الطبيعة البشرية، فلم يعدها خيراً محضًا، ولا شراً محضًا، وإنما يؤكد أن لديها استعداداً فطرياً لتقبل الخير والشر [٢]. قال تعالى: ﴿ وَهَدَيْنَٰهُ ٱلنَّجْدَيْنِ ﴿١٠﴾ ﴾ (البلد: ١٠). أي طريقي الخير والشر، فلديه الاستعداد لكليهما.

الخامسة: الثبات

يتميز الإسلام بثبات منهجه واصوله لأنه وحي من عند الله تعالى الذي أحاط علمه بكل شيء. فالقرآن الكريم محفوظ بين دفتي المصحف بحفظ الله تعالى له، وهو المصدر الأساسي لكل القيم، ومنها القيم الأخلاقية [٣]. وكذلك حُفظت أحاديث الرسول ﷺ وسيرته بأن قيض لها من العلماء من حفظها، ونقح صحيحها من ضعيفها بمنهج متميز وجهد كبير، وهي المصدر الثاني من مصادر

---

(١) نصار، جمال: مرجع سابق، ص ٤٤، ٤٥.
(٢) قرعوش، كايد: مرجع سابق، ص ٥٨.
(٣) المانع، مانع: مرجع سابق، ص ١٨٧-١٨٨.

القيم الأخلاقية. وهذه القيم هي معايير للسلوك الإنساني، فلا بد لها أن تكون منضبطة لا تتغير ولا تتبدل[١].

ومن ذلك الثبات في الوسائل والغايات، فلا يجوز الوصول إلى الغاية الحسنة بالوسيلة الخسيسة، ولا مكان لمبدأ: "الغاية تبرر الوسيلة".[٢]

كذلك فإن الوفاء بالعهود يبقى مبدأ ثابتاً وراسخاً لا يتغير مهما كانت الظروف، فلا يجوز نقض عهد ولا عقد ولا ميثاق مهما كانت المصالح المتحققة من ورائه،[٣] حتى مع العدو.

قال تعالى: ﴿ إِنَّ ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ وَهَاجَرُواْ وَجَٰهَدُواْ بِأَمْوَٰلِهِمْ وَأَنفُسِهِمْ فِي سَبِيلِ ٱللَّهِ وَٱلَّذِينَ ءَاوَواْ وَّنَصَرُوٓاْ أُوْلَٰٓئِكَ بَعْضُهُمْ أَوْلِيَآءُ بَعْضٍۚ وَٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ وَلَمْ يُهَاجِرُواْ مَا لَكُم مِّن وَلَٰيَتِهِم مِّن شَيْءٍ حَتَّىٰ يُهَاجِرُواْۚ وَإِنِ ٱسْتَنصَرُوكُمْ فِي ٱلدِّينِ فَعَلَيْكُمُ ٱلنَّصْرُ إِلَّا عَلَىٰ قَوْمِۭ بَيْنَكُمْ وَبَيْنَهُم مِّيثَٰقٌۗ وَٱللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ بَصِيرٌ ﴿٧٢﴾ ﴾ (الأنفال: ٧٢).

ومع ثبات المبادئ الأخلاقية ورسوخها؛ هل هناك مجال لأي مرونة؟

ذكرنا عند حديثنا عن الواقعية والمثالية أن الأخلاق الإسلامية تتسم بالواقعية في مراعاة أحوال الإنسان وقدراته، والأحوال الطارئة وإباحتها لبعض التجاوزات – اضطراراً – أو مصلحة راجحة مع بقاء الأصل على ثبات المبدأ الأخلاقي.

***

---

(١) قرعوش: المرجع السابق ص ٥٦.

(٢) زيدان، عبد الكريم، المدخل لدراسة الفقه الإسلامي، ص ٩١.

(٣) قرعوش: المرجع السابق، ص ٥٧.

الفصل الثالث:

أخلاقيات الطب الإسلامية مبادئ وأسس

أخلاقيات الطب الإسلامية مباديء وأسس

إهتم الإسلام بالجانب الأخلاقي في حياة الناس أيما اهتمام، وزخر الكتاب والسنة بكم هائل من النصوص الشرعية متضمنة توجيهات أخلاقية. ومما يدلل على أهمية الأخلاق في الإسلام وإهتمامه بها قول المصطفى الكريم ﷺ: «**إنما بُعِثْتُ لأُتَمِّمَ مكارمَ** وفي روايةٍ (صالحَ) **الأخلاقِ**». [1] فهذه العبارة الموجزة البليغة بينت لنا أنه يمكن اعتبار رسالة الإسلام رسالة أخلاقية بكل ما تعنيه هذه الكلمة من معنى. كما أثني الله سبحانه وتعالى على نبيه الكريم ثناءا عاطرا بقوله: ﴿ وَإِنَّكَ لَعَلَىٰ خُلُقٍ عَظِيمٍ ۝٤ ﴾ (القلم:٤). ولا شك أنه ﷺ هو المثل الأعلى والقدوة الحسنة.

كما ربط النبي ﷺ الأخلاق بالإيمان ربطا قويا بقوله: «**أكمل المؤمنين إيمانا أحسنهم خلقا**»[2] وقوله ﷺ: «**ما من شيء أثقل في ميزان العبد من حسن خلق حسن**» [3] الحديث هذا في مجال الأخلاق عموما والنصوص في هذا كثيرة جدا.

أما في موضوع الأسس والمبادئ الأخلاقية والتي يمكن أن يكون لها تطبيق في المجال الطبي، فتقول بثقة تامة بأن هناك مبادئ وأسس أخلاقية واضحة المعالم

---

(١) الألباني، محمد – المصدر : السلسلة الصحيحة .الصفحة أو الرقم: ٤٥ – خلاصة حكم المحدث : صحيح. الدرر السنية https://dorar.net/hadith/sharh/113995

(٢) لألباني، محمد – المصدر : صحيح الترمذي .الصفحة أو الرقم: ١١٦٢ – خلاصة حكم المحدث : حسن صحيح. الدرر السنية https://www.dorar.net/hadith/sharh/71633

(٣) الألباني، محمد – المصدر : صحيح الترمذي .الصفحة أو الرقم: ٢٠٠٢ – خلاصة حكم المحدث : صحيح. https://www.dorar.net/hadith/sharh/71603

وضعتها الشريعة الإسلامية يمكن الرجوع إليها لتطبيقها في مجال أخلاقيات الممارسة المهنية.

والشريعة الإسلامية هي منطلق للأخلاق كما أنها مظلة للأنظمة والقوانين ومرجعية لها، وبالتالي فليس هناك فصل بين القضايا الأخلاقية والقانونية من حيث أصل التشريع فمرجعيتها واحدة وهي الشريعة الإسلامية التي تستظل بظلها. فلا يوجد في الإسلام فصل بين ما هو أخلاقي وما هو نظامي أو قانوني، كما هو موجود في الثقافات الاخرى ذات المرجعية الفلسفية، لأن الشريعة التي يرجع إليها في هذا وذاك هي واحدة ومبادئها واحدة كذلك. فالإسلام يحرم كل ما هو غير أخلاقي ويدعوا إلى كل ما هو أخلاقي.

وللتمهيد للحديث عن الأسس والمبادئ الأخلاقية يحسن بها أن تتحدث أولًا عن مصادر الأخلاقيات الإسلامية وهي كما يأتي:

أولا: المصادر الأصلية، وهي الكتاب والسنة: فإذا وجد نص شرعي يمكن أن يستدل به على القضية قيد البحث، فلاحاجة بعد ذلك لغيره. والنص الشرعي هو نص أخلاقي في مجمله، إضافة إلى كونه نصًا تشريعيًا وفقهيًا.[١]

ثانيا: المصادر التبعية، وهي الإجماع والقياس.

---

(١) الخادمي، نور الدين. الأبعاد الأخلاقية والمقاصدية للنص الشرعي وأثرها في تحديد الحكم الشرعي، ص ٣٥.

كما يمكن تقسيمها إلى مصادر أو أدلة متفق عليها وهي: الكتاب والسنة والإجماع والقياس. ومصادر مختلف فيها ومنها: الاستحسان والاستصحاب والعرف والمصلحة المرسلة.

مقاصد الشريعة :

جاءت الشريعة الإسلامية لتحقق للإنسان سعادته في الدنيا والآخرة، وقد تبين لعلماء الشريعة من خلال استقراء النصوص الشرعية أن الشريعة الإسلامية جاءت لحفظ خمسة من الضرورات التي لا تستقيم الحياة بدونها وهذه المقاصد هي: حفظ الدين، وحفظ النفس وحفظ العقل، وحفظ النسل، وحفظ المال . ولا نريد أن تدخل في تفصيلات كيفية حفظ هذه الضرورات، فقد يطول بنا الحديث لكننا نريد أن نربطها مباشرة بالممارسة الطبية فنقول: إن العمل الطبي والممارسة الطبية معنية بحفظ هذه الضرورات بشكل مباشر ولنضرب على ذلك بعض الأمثلة:

أولًا: حفظ الدين

تتطلب التكاليف الشرعية أن يكون الإنسان صحيحًا سليمًا، ومن هنا فإن العمل الطبي الذي يهدف إلى حفظ صحة الإنسان وإعادتها إلى وضعها الطبيعي عند فقدانها، يساهم في حفظ الدين مساهمة فعالة دون شك.

ثانيًا: حفظ النفس

لا يشك أحد في أن من أهم أهداف العمل الطبي وأغراضه حفظ حياة

الإنسان وعدم التعدي عليها، فحفظ النفس، بمعالجة الأمراض المؤدية إلى الهلاك، من أهم الأدوار التي يقوم بها الأطباء لإنقاذ أرواح المرضى.

ثالثًا: حفظ العقل

العقل هو مناط التكليف في الشريعة الإسلامية، فإذا فقد فلا تكليف، ومن هنا تبرز أهمية حفظ عقل الإنسان، وحيث أن الأطباء يعالجون المرضى في حال اعتلال صحتهم العقلية، فإنهم يساهمون مساهمة فعالة في حفظ العقل وحفظ الدين معًا .

رابعًا: حفظ النسل

إن من أهم الوظائف التي يقوم بها الأطباء والعاملون في المجال الصحي، حفظ النسل، بمعالجة الأمراض التي تحول دون وجوده، أو تحول دون وجود أبناء أصحاء. فصحة الأمومة والطفولة وعلاج العقم وعلاج الأمراض المؤدية إليه، هي من صميم عمل الأطباء، وهم بالتالي يساهمون في حفظ النسل .

خامسًا: حفظ المال

لا شك في أن وجود أناس أصحاء في المجتمع يساهم مساهمة مباشرة في أن يكونوا منتجين وقادرين على الكسب، ومن هنا يساهم الطب في حفظ المال بالوقاية من الأمراض قبل حدوثها وتعزيز الصحة ومعالجة الأمراض عند وقوعها.

كما أن التخطيط الصحي السليم وحسن استخدام الموارد الطبية، يساهم أيضا في حفظ المال وتقليل الهدر المالي الذي ينتج غالبا من سوء التخطيط.

وهكذا نلاحظ أن العمل في المجال الطبي يتسق اتساقا واضحا مع مقاصد الشريعة الإسلامية. وأي عمل طبي لا يحقق هذه الضرورات أو بعضها أو يساهم في إلحاق الضرر بهذه الضرورات أو بعضها، يعد عملا غير أخلاقي، وفي المقابل فكل عمل طبي يحقق هذه الضرورات أو بعضها يعد عملا أخلاقيا .

وقد استنبط علماء أصول الفقه قواعد شرعية كثيرة تنبني عليها الأحكام، وأرجعوا كثيرًا منها إلى نصوص شرعية واضحة تدل عليها. وهناك خمس قواعد أصولية كبرى، تسمى القواعد الكلية، وهناك قواعد فرعية كثيرة جدًا يمكن الرجوع إليها متى ما كان ذلك مناسبًا وسائغًا. ونذكر هذه القواعد باختصار.

أولًا: القواعد الفقهية الكبرى:

القاعدة الأولى: الأمور بمقاصدها

وتعني أن الأحكام الشرعية في أمور الناس ومعاملاتهم، تكيف حسب مقاصدهم ونياتهم، فقد يعمل الإنسان عملا بقصد معين فيترتب على عمله حكم معين، وقد يعمل نفس العمل بقصد آخر. ومن أدلة هذه القواعد قول الرسول ﷺ: «**إنما الأعمال بالنيات**».[1]

---

(١) اخرجه البخاري (٥٤)، ومسلم (١٩٠٧) باختلاف يسير. الدرر السنية https://www.dorar.net/hadith/sharh/77125

وفي المجال الطبي هناك كثير من الأعمال التي يمكن أن يقوم بها الطبيب ويحكم عليه بناء على قصده ونيته. فقد يقوم الطبيب بإجراء طبي يبدو ظاهريا أنه عمل جيد بينما نية الطبيب وقصده فيهما خلل. ومن أمثلة ذلك استخدام بعض الأدوية المخدرة كالمورفين مثلًا، والذي يستخدم لتخفيف الألم في الأصل، فقد يستخدم الطبيب في هذه الحالة لغرض آخر كالتأثير على الجهاز التنفسي، والذي قد يكون مآله إلى وفاة المريض. فلا بد للطبيب أن يراعي نيته وقصده فالله مطلع على السرائر.

القاعدة الثانية: اليقين لا يزول بالشك

واليقين: حصول الجزم أو الظن الغالب بوقوع الشيء أو عدم وقوعه ومعنى هذه القاعدة: أن الأمر المتيقن لا يرتفع إلا بدليل قاطع، ولايحكم بزواله بمجرد الشك الطارئ عليه، بل يزول بيقين مثله أو اقوى منه[١]

ومن فروع هذه القاعدة قاعدة " الأصل بقاء ما كان على ما كان " وقاعدة " الأصل في الأشياء الإباحة" فتبقى الأشياء على الإباحة الأصلية، ومن ذلك أنواع التداوى والتطبيب، حتى يقوم الدليل على خلاف ذلك.

ومن تطبيقات قاعدة اليقين في المجال الطبي، أن الأصل حياة الإنسان واستمرارها فإذا شككنا هل هو حي أم ميت فالأصل أنه حي حتى يقوم دليل يقيني على وفاته .

---

(١) السدلان، صالح. القواعد الفقهية الكبرى وما تفرع عنها، ص ١٠٠-١٠١.، وزيدان، عبدالكريم. الوجيز في القواعد الفقهية في الشريعة الإسلامية، ص ٣٥.

القاعدة الثالثة: قاعدة الضرر

ويعبر عنها علماء الأصول بقولهم " الضرر يزال " وأصل هذه القاعدة ودليلها قول الرسول ﷺ: «**لا ضرر ولا ضرار**» ومعناها وجوب إزالة الضرر، لأن الضرر ظلم ومحرم شرعا .

ومن فروع هذه القاعدة:

- الضرر لا يزال بمثله
- الضرر يدفع بقدر الإمكان
- الضرر الأشد يزال بالضرر الأخف
- يتحمل الضرر الخاص لدفع الضرر العام
- إذا تعارضت مفسدتان روعي أعظمهما ضررًا بإرتكاب أخفهما.
- يختار أهون الشرين
- درء المفاسد مقدم على جلب المصالح

ولهذه القاعدة وفروعها تطبيقات كثيرة في المجال الطبي، فالمعروف أن أي عمل طبي ينطوي على ضرر ما يقل ويكثر بحسب نوع العمل الطبي . ومن هنا وجب على الطبيب دفع الضرر بادئ ذي بدء، أو إزالته والتخفيف منه بقدر الإمكان .

القاعدة الرابعة: المشقة تجلب التيسير

ومعنى هذه القاعدة أن الصعوبة تصير سببا للتسهيل ويلزم التوسع في وقت الضيق، فإذا صار المكلف في حالة يتحمل فيها صعوبة غير معتادة إذا قام بها

هو مكلف به، فإن تلك الحالة تصير سببا لتسهيل التكليف عليه .

ومن أدلتها قول الله سبحانه وتعالى: ﴿وَمَا جَعَلَ عَلَيْكُمْ فِي الدِّينِ مِنْ حَرَجٍ﴾(الحج : ٧٨).

وقوله تعالى: ﴿يُرِيدُ اللَّهُ بِكُمُ الْيُسْرَ وَلَا يُرِيدُ بِكُمُ الْعُسْرَ﴾ (البقرة : ١٨٥).

وعلى هذه القاعدة تخرج كل رخص الشرع، كصلاة المريض وصيامه وغيرها من الرخص .

ومن فروع هذه القاعدة:

ـ قاعدة الضرورات تبيح المحظورات والتي ترتبط بها القواعد الآتية:

ـ الضرورات تقدر بقدرها

ـ الحاجة تنزل منزلة الضرورة عامة أو خاصة

ـ ما جاز لعذر بطل بزواله

فإذا وقع الاضطرار يجوز ارتكاب المحرم. ومن أمثلة ذلك في المجال الطبي، استخدام التخدير، فالأصل في التاثير على عقل الإنسان أنه لايجوز شرعًا، لكنه أبيح لضرورة تخفيف الألم، خاصة أثناء العمليات الجراحية.

القاعدة الخامسة: العادة محكمة

والعادة أو العرف هي: تكرار الشيء ومعاودته حتى يتقرر في النفوس ويكون مقبولا عندها.

ومعنى هذه القاعدة " أن العادة تجعل حكماً لإثبات حكم شرعي، أي أن

للعادة في الاعتبار الشرعي حاكمية تخضع لها أحكام التصرفات، فتثبت تلك الأحكام على وفق ماتقضي به العادة أو العرف إذا لم يكن هناك نص شرعي مخالف لتلك العادة [1] أو بمعنى آخر " أن العادة تجعل مرجعاً يفوض إليه إثبات الأحكام أو نفيها[2].

وأصل هذه القاعدة آيات من كتاب الله مثل قوله تعالى: ﴿ وَعَاشِرُوهُنَّ بِٱلْمَعْرُوفِ ﴾(النساء:١٩).

وقوله تعالى: ﴿ خُذِ ٱلْعَفْوَ وَأْمُرْ بِٱلْعُرْفِ وَأَعْرِضْ عَنِ ٱلْجَٰهِلِينَ ﴿١٩٩﴾ ﴾ (الأعراف : ١٩٩) وغيرها من الآيات .

وقوله ﷺ: «**ما رآه المسلمون حسنا فهو عند الله حسن**»[3].

وللعمل بهذه القاعدة شروط وهي.

١ - أن تكون العادة مطردة لا تختلف أو أنها غالبة كما في قاعدة " إنما تعتبر العادة إذا اطردت وغلبت "

٢ - أن تكون متزامنة مع حصول الشيء الذي نريد معرفة حكمه أو سابقه له.

٣- أن لا تكون مخالفة لنص شرعي ولا لشرط المتعاقدين .

---

(١)السدلان، صالح .القواعد الفقهيه الكبرى وماتفرع عنها، ٣٣٧.
(٢)الدوسري، مسلم. الممتع في القواعد الفقهية، ٢٧٢.
(٣) الأرناؤوط، شعيب. تخريج المسند .الصفحة أو الرقم: ٣٦٠٠ - خلاصة حكم المحدث : إسناده حسن.



ومن فروع هذه القاعدة :

ـ المعروف عرفا كالمشروط شرطا

ـ التعيين بالعرف كالتعيين بالنص

ـ استعمال الناس حجة يجب العمل بها

وتطبيقات هذه القاعدة في المجال الطبي كثيرة وهي تحتوي كل ما تعارف عليه الأطباء من طرق في التعامل فيما بينهم، وفيما بينهم وبين المرضى، مثل تسجيل المرضى باسم أحد الإستشاريين ومثل مسؤولية الإستشاري عن الحالات، حيث تسجل باسمه، ومسؤوليته عمن يعملون تحت أمرته من الأطباء وغيرهم، ومثل الضوابط التي تضبط طريقة إحالة المرضى من طبيب لآخر، وغيرها من الأمور المشابهة .

ثانيا: قواعد ومبادئ أخرى لها علاقة بأخلاقيات الطب

لا يتسع المقام لذكر كل القواعد المتعلقة بأخلاقيات الطب وسنقصر الحديث هنا عن بعض هذه القواعد وبإختصار :

١ ـ التصرف على الرعية منوط بالمصلحة

٢ ـ كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته

يفهم من هاتين القاعدتين أن من كان راعيا للناس في جميع أمورهم أو بعضها، لا بد أن يراعى مصالحهم كما أنه مسؤول عن هذه الرعية . والطبيب قد استرعاه الله على المرضى، وواجب عليه أن يرعاهم بتحقيق مصالحهم. كما أن ولي المريض في الحالات التي لا يستطيع المريض أن يعطي إذنا بالعمل الطبي لا بد أن يراعى مصلحة المريض أولا .

٣ ـ لا يجوز التصرف في ملك الغير إلا بإذنه .

فلا يجوز للطبيب أن يتصرف فيما يملكه المريض،وهو جسده ونفسه دون أن يأذن له المريض بذلك، وهذه القاعدة من موجبات الإذن الطبي .

٤ ـ تحقيق المصلحة .

جاءت الشريعة الإسلامية لجلب المصالح ودرء المفاسد. يقول الله سبحانه وتعالى: ﴿ وَمَآ أَرۡسَلۡنَٰكَ إِلَّا رَحۡمَةٗ لِّلۡعَٰلَمِينَ ١٠٧ ﴾ (الأنبياء : ١٠٧).

فقد راعت الشريعة الإسلامية في وضع أحكامها كل ما ينفع الإنسان في دنياه وأخراه .

فلا بد إذن من مراعاة تحقيق المصالح وتكثيرها، ودرء المفاسد وتقليلها . فعلى الطبيب أن يراعى هذه المصالح في كل حال بمفهومها الشرعي وضوابطها الشرعية.

ومن ضوابط المصلحة ما يأتي :

أ- اندراجها في مقاصد الشرع .

ب- عدم معارضتها للكتاب والسنة .

ج- عدم تفويتها مصلحة أهم منها أو مساوية لها .

هذه لمحة سريعة عن المبادئ والأسس التي تعتبرمرجعية شرعية، يرجع إليها ويمكن تطبيقها في المجال الصحي بحسب الحالة التي يراد إصدار حكم أخلاقي بشأنها.



الفصل الرابع:

العلاقة بين الطبيب والمريض

العلاقة بين الطبيب والمريض

فصل تمهيدي

مقدمة

تنشأ العلاقة بين الطبيب والمريض، بمجرد اتصال المريض بالطبيب أول مرة وعرضه نفسه عليه، وقد تكون هذه العلاقة وقتية محدودة بحدود الزمان والمكان، كأن يقابل الطبيب مرة في الإسعاف مثلًا، ثم تنتقل رعاية المريض إلى طبيب آخر في مكان آخر، فهذه العلاقة قد حدها الزمان والمكان، وقد يطول أمد هذه العلاقة ليستمر فترة أطول نسبيًا، وقد تمتد العلاقة عبر حياة المريض كلها عندما يكون المريض مسجلًا مع طبيب أسرة مثلًا يقوم على رعايته الطبية طوال حياته.

وسواء طال أمد العلاقة أم قصر، فإن كلا الطرفين، المريض والطبيب معنيان بجودة هذه العلاقة وسلاستها، وهما معنيان أيضًا بأن لا يشوبها ما يفسدها أو يعكر صفوها.

ما الذي يميز علاقة الطبيب بالمريض؟

تتميز علاقة الطبيب بالمريض، علاوة على امتدادها وديمومتها في كثير الأحيان، بأنها علاقة إنسانية يضع من خلالها المريض ثقته بالطبيب ليشترك معه في اتخاذ قرارات، وعمل إجراءات لها أثر مباشر في صحته وحياته. ولا تكاد

توجد علاقة في حياة الناس تشترك مع علاقة الطبيب بالمريض في هذه الخاصية.

ومن هنا جاءت أهمية هذه العلاقة، وأهمية وضع أطر أخلاقية تحكمها وتحكم مسيرتها. والعلاقات الإنسانية من هذا النوع قد تتأثر بعوامل كثيرة تتعدى حدود العلاقة المباشرة بين الطرفين. فالبيئة العامة التي يوجد فيها المريض، والأشخاص الآخرون الذين يقابلهم ويتعامل معهم، ونظام المؤسسة الصحية التي يعمل من خلاله الطبيب ويعامل من خلاله المريض، كلها يمكن أن تؤثر سلبًا أو إيجابًا في هذه العلاقة.

وطبيعة العلاقة من حيث الأصل قائمة على الثقة، يقوم الطبيب فيها بدور الوكيل عن المريض في إتخاذ القرارات وتنفيذها ولذلك تقع على الطبيب مسؤولية كبرى إزاء هذه الثقة وتلك الوكالة في أن يحقق منفعة المريض ومصلحته.

وقد تكون العلاقة أحيانًا تعاقدية، تقوم على عقد بين الطبيب والمريض، بحيث يتفق الطرفان على أن يقدم الطبيب الرعاية الطبية للمريض مقابل أجر يتفق عليه، كما هو الحال في القطاع الخاص. ومع وجود العلاقة التعاقدية فإن الأصل في بناء العلاقة على الثقة لا ينفك من التعامل بين الطبيب والمريض في كل الأحوال.

وتتميز العلاقة أيضًا بأنها علاقة مهنية، ومعنى ذلك أن المريض هنا قد سلم نفسه لشخص يثق به، لا لشيء إلا أنه يمتلك المعرفة والمهارات التي تمكنه من الوصول إلى تشخيص مرضه ومعالجته معالجة صحيحة سليمة، محققًا بذلك

مصلحة المريض. فالمريض لو لم يقدر أن هذا الطبيب يمتلك هذه المعرفة وتلك المهارات لم يسلم نفسه إليه لكي يقوم بمعالجته، فالعلاقة هنا إذن علاقة مهنية.

وهناك سيل من المشاعر يتم تبادله بين الطبيب والمريض، فلا يقف الأمر عند تبادل المعلومات، وهذه ميزة أخرى من ميزات هذه العلاقة. فالمريض يفترض أن طبيبه سيتعاطف مع شكواه وآلامه، ومن جانب الطبيب فإن إظهار التعاطف مع المريض له تأثير كبير في عمق العلاقة بينهما. إن الإحساس بمعاناة المريض وتبادل المشاعر معه أمر في غاية الأهمية، ويزيد من طمأنينة المريض، وثقته بطبيبه ويقوي العلاقة بينهما.

أنماط العلاقة بين الطبيب والمريض وتطورها

مرت العلاقة بين الطبيب والمريض بأنماط وأساليب مختلفة في عدة مراحل. وقد نظر لهذه الأساليب كثيرون، لكن من أشهر من نظر لها فيلسوفان، هما ساز وهولاندر(SZASZ AND HOLLANDER,1956)، فقد حددا أنماطًا ثلاثة من أنواع هذه العلاقة، ستتعرض لها بشيء من الاختصار كالآتي: (1)

النوع الأول: عبرا عنه بالنمط الأبوي ومعناه أن الطبيب يتصرف وكأنه أب يوجه ابنه. فدور الطبيب هنا دور نشط جدًا، ودور المريض سلبي جدًا. فالمريض يتلقى الأوامر والإرشادات من الطبيب، وما عليه سوى أتباعها.

---

(1)Kaba R , Sooriakumara P. The evolution of the doctor-patient relationship. International Journal of Surgery (2007) 5, 57-65.

النوع الثاني: الإرشادي – التعاوني، ويقصد به أن يكون الطبيب مرشدًا والمريض متعاونًا. فللمريض هنا دور إيجابي يوصف بالتعاون، وليس سلبيًا كما هو الحال في النوع الأول.

النوع الثالث: المشاركة التبادلية، ويقصد بها أن يقترب من دور الطبيب في النوع الأول، ولا يقف دوره عند التعاون كما هو الحال في النوع الثاني، بل يرقى إلى درجة المشاركة في اتخاذ القرار. فالطبيب هنا يضع الحقائق أمام المريض، والمريض هو الذي يقرر ماذا يريد من الطبيب؟ وماذا يريد الطبيب من المريض؟ فيتشاركان في اتخاذ القرار.

وهكذا يمكن القول بأن نمط العلاقة بين الطبيب والمريض قد تطور عبر الأنواع الثلاثة المذكورة، فنجد أن في المجتمعات الغربية مثلًا أصبح المرضى يودون المشاركة في اتخاذ القرارات الخاصة بحياتهم وصحتهم ويتوقعون علاقة تشارك تبادلية مع الطبيب. وعلى العكس من ذلك ففي المجتمعات الشرقية ـ على تفاوت بينها ـ نجد المرضى يقفون في الأغلب عند النوع الأول أو الثاني في أحسن الأحوال.

ويمكن القول بأن كل نوع من هذه الأنواع يناسب أحوالًا معينة، فالنوع الأول مثلًا يطبق تطبيقًا تامًا عندما يكون المريض مثلًا في غرفة العمليات، وتحت التخدير، حيث يقوم الطبيب بكل الإجراءات، ويتخذ كل القرارات. ويناسب النوع الثاني كثيرًا من الحالات التي يصعب على المريض اتخاذ القرار بنفسه فيتبع

إرشادات الطبيب، ويناسب هذا النوع حالات الأمراض الحادة أو شبه الحادة، كالالتهابات مثلًا. كما قد يناسب هذا النوع بعض حالات الأمراض المزمنة.

أما النوع الثالث من أنواع العلاقة حيث المشاركة التبادلية بين الطبيب والمريض، ومن ذلك بيان البدائل العلاجية وترك حرية الاختيار للمريض ليختار؛ فهو الأنسب في حالات الأمراض المزمنة.

ويمكن القول أيضًا بأن أساليب الأطباء تختلف باختلاف شخصياتهم وطريقة تدريبهم، كما أن المرضى قد يفضلون نوعًا دون آخر، وقد يضع بعضهم المسؤولية كاملة على عاتق الطبيب ليتخذ القرارات المناسبة.

معوقات العلاقة الجيدة

تقوم العلاقات الجيدة على الثقة المتبادلة، وإذا فقدت الثقة أصبحت العلاقة في مهب الريح، ومن هنا نعلم أن أهم معوقات العلاقة الجيدة هو فقدان الثقة بين الطرفين. ويمكن أن تعتري العلاقة معوقات أخرى هي مهمة لكنها أقل أهمية من فقدان الثقة، ومنها:

أ ـ الفروق بين الطرفين:

١. الموقع الاجتماعي للطبيب يضعه في منزلة عالية مقارنة بالمريض، وقد يكون الفارق الاجتماعي عائقًا من معوقات العلاقة الجيدة، خاصة إذا أحس المريض بفجوة هائلة بينه وبين الطبيب.



٢. الفارق في السلطة: فالمعروف أن الطبيب دائمًا في موقع القوة والسلطة، حيث هو الذي يمتلك المعلومات والمهارات، وهو الذي يدير عملية اتخاذ القرار، بعكس المريض الذي يبقى دوره محدودًا، حتى وإن شارك في اتخاذ القرارات.

وإذا أحس المريض باستغلال الطبيب لهذه السلطة فسيؤثر هذا قطعا في جودة العلاقة بينهما.

٣. الفارق في الجنس: قد يكون لهذا دور في جودة العلاقة بين الطرفين. فقد تكون المرأة مثلًا في مجتمع ما أقل حظًا من الاهتمام، أو يكون لديها شعور بالدونية عندما يكون الطبيب رجلًا، وقد يمنعها هذا من البوح بمشكلاتها من جهة، أو مناقشة الطبيب فيما يتخذه من قرارات من جهة أخرى.

ب ـ أسلوب الطبيب في التعامل:

قد يتخذ بعض الأطباء أساليب تمنع الآخرين من إقامة علاقة جيدة معهم.

ومن أهمها ذلك عدم امتلاك الطبيب لمهارات الاتصال، وتقصيره في ترويض نفسه بالالتزام بهذه المهارات مما يجعل بينه وبين مرضاه فجوة. فالطبيب الذي يتميز بالفظاظة وعدم المرونة أو عدم اللطف مع المرضى يجعله أقل قبولًا من الطبيب الذي يعاملهم بلطف وتودد.

ج ـ أسلوب المريض:

قد يكون بعض المرضى سلبيًا، أو لديه قناعات تتعارض تمامًا مع الرؤية الطبية، أو أنه لا يلتزم بالإرشادات الطبية بشكل متكرر فيكون مصدرًا لانزعاج الطبيب فتسوء العلاقة بينهما. وقد يكون من المرضى من هو مزعج بطبعه، وصعب المراس، أو أن تكون لديه اضطرابات في الشخصية، أو يكون من النوع القلق جدًا، أو شديد الحساسية، أو سريع الغضب، فكل هذه الحالات يمكن أن تكون سببًا في سوء العلاقة بين الطرفين.

د. البيئة داخل المؤسسة الصحية

قد يكون للبيئة داخل المؤسسة الصحية سواء في أجنحة التنويم أو العيادات أو غرف الطوارئ أو غيرها دور مهم في علاقة الطبيب بالمريض. فإذا كانت البيئة إيجابية، ويسود العلاقات فيها جو من الود وروح الفريق، ويقابل المريض أناسًا مهتمين به وبصحته وحريصين عليه، ويقابلونه مقابلة حسنة، فإن هذا سيزيد من ثقته، ويؤثر إيجابًا في علاقته بالطبيب. وقد يكون أحد أسباب عدم ثقة المريض أو سوء علاقته مع الطبيب؛ وجود أناس آخرين داخل المؤسسة الصحية يسيئون التعامل مع المريض، فينعكس ذلك سلبًا على المريض وعلاقته بالطبيب.

هـ ـ تجارب المرضى السابقة

قد يكون لتجارب المرضى السابقة مع الأطباء أثر في علاقتهم بالطبيب سلبًا وإيجابًا. فإذا كان للمريض تجربة سيئة مع طبيب سابق؛ فقد يولد هذا صورة

نمطية عن الأطباء وسوء تعاملهم، ويكون المريض في هذه الحالة شديد الحساسية تجاه أي كلمة أو تصرف.

و ـ تضارب المصالح:

تتأثر علاقة المريض بالطبيب عند تضارب المصالح بينهما؛ كأن يكون الطبيب في وضع نفسي معين، أو مشغولًا إلى حد كبير، فلا يعطي المريض الاهتمام الكافي، وقد تتعارض احتياجات المريض مع احتياجات مرضى آخرين بأن يكونوا أكثر حاجة للرعاية والاهتمام بسبب حالتهم المرضية. وقد تتعارض مصالح المريض مع مصلحة المجتمع. فمثلًا عندما يطلب المريض إجازة مرضية وهو لا يستحقها ويرفضها الطبيب رعاية لمصلحة المجتمع، والتزامًا بأخلاقيات الممارسة المهنية، فقد يكون هذا سببًا في سوء العلاقة بينهما، بل قد يلجأ المرضى أحيانًا إلى زيارة طبيب آخر ليحصل على ما يريد.

ز ـ مشكلة حفظ الأسرار والخصوصية:

قد يحجم المريض أحيانًا عن التجاوب مع أسئلة الطبيب خوفًا من ألا تحفظ أسراره وخصوصيته. وقد يؤثر هذا في علاقة الطبيب بالمريض. كما أن تجارب المرضى أنفسهم أو سماعهم من مرضى آخرين بأن الأطباء لا يحفظون الأسرار ستؤثر في تجاوبهم مع الأطباء.

العلاقة مع أهل المريض وذويه:

في كثير من المجتمعات – وخاصة في المجتمعات العربية والإسلامية – تتطلب العلاقة مع المريض امتداد العلاقة لتشمل أهل المريض وذويه. ولأن العلاقة مع أهل المريض تساعد في رعاية المريض رعاية أفضل، وتحقق مصلحته بشكل أفضل فإن على الطبيب أن يراعي توثيق هذه العلاقة والتعامل معها بجدية، وأن يستخدم كل مهارات الاتصال، ويبتعد عن كل معوقاته، لتوثيق هذه العلاقة.

وقد تشكل العلاقة مع أهل المريض مشكلة عندما يتعلق الأمر بأسرار المريض التي لا يريد لأحد أن يطلع عليها، وقد يكون إخفاؤها عن أهله وذويه أكثر أهمية من إخفائها عن الآخرين؛ وهنا يجب على الطبيب أن يراعي هذا الجانب، ويحفظ للمريض حقه في حفظ أسراره وخصوصياته.

ويمكن للطبيب أن يستفيد من هذه العلاقة في دعم المريض نفسيًا. كما يمكنه أن يستفيد منها في نصح المريض ومساعدته في التغلب على مشكلاته خاصة تلك التي تتطلب دعم أسرته وأهله وذويه.

وقد يساهم أقارب المريض في التشويش على قرارات الطبيب، كأن يوحوا للمريض بإيحاءات تجعله يتردد في اتخاذ القرار بنفسه أو التجاوب مع قرارات الطبيب، وقد يكون هذا الدور سلبيًا أحيانًا إلى حد بعيد.

حدود العلاقة بين الطبيب والمريض:

بالرغم من تميز العلاقة بين الطبيب والمريض واختصاصها بجانب إنساني كبير، وتبادل المشاعر من خلالها، وأثرها البالغ في فهم المريض لمشكلته الصحية، ومآلاتها، ودورها في إحداث نتائج إيجابية في حياة المريض وصحته، إلا أن هذه العلاقة تحكمها حدود وضوابط لا بد من الالتزام بها. وبالرغم من طول أمد هذه العلاقة في أحيان كثيرة، مما يعمقها لدى الطرفين، فإن هذه العلاقة ليست مفتوحة، ويجب أن لا تكون مفتوحة إلى ما لا نهاية، فهي في الأصل علاقة مهنية، ويجب أن تبقى في حدودها المهنية مهما كان طول أمدها أو عمقها.

والسؤال الذي يطرح نفسه هنا: هل هناك مشكلة فعلًا في انفتاح العلاقة بين الطرفين؟ وهل هناك من داع للتخوف من انفتاح العلاقة بينهما؟

وإجابة على هذا السؤال نقول: إن العلاقة المهنية تختلف اختلافًا جذريًا عن العلاقة الشخصية وعلاقة الصداقة. ففي إطار العلاقة المهنية يبقى الطبيب هو الأقوى، والمريض هو الأضعف، ويمكن أن يؤدي هذا إلى استغلال الفارق الكبير في القوة والسلطة في التأثير في المريض بشكل يضر به. إن أي استغلال لضعف المريض في إطار العلاقة المهنية لتحقيق مصلحة خاصة بالطبيب، يعد عملًا غير أخلاقي، ويجب تجنبه في كل الأحوال.

فالاستغلال المادي مثلًا أو أي نوع من أنواع الاستغلال أو الضغط أوالانتهاك، ومنه الاستغلال الجنسي محرم تمامًا، حتى خارج العلاقة المهنية، فضلًا عن داخلها.

وإذا توقفنا عند الاستغلال الجنسي، وهو الأكثر حدوثًا خاصة في المجتمعات المنفتحة، وتلك التي لا ترى في العلاقات الجنسية أي بأس، إلا في حدود ضيقة، فقد أثبتت كثير من الدراسات والبحوث المنشورة أن المرضى، وخاصة النساء، يتعرضن للابتزاز الجنسي من خلال العلاقة مع الطبيب الذي يستغل هذا الفارق في القوة والسلطة بينه وبين المريضة، فيقع في المحظور.

وحتى لا تتطور العلاقة بين الطبيب والمريض لتصل إلى هذا الحد فإن هناك ضوابط شرعية أخلاقية لا بد من الالتزام بها، ومنها:

١. **أن تقوم العلاقة بين الطبيب والمريض** على أساس مراقبة الله سبحانه وتعالى في كل الأحوال. ومن ذلك أن تبقى العلاقة في إطارها المهني. ومن ذلك غض البصر عن المحارم خاصة بالنسبة للطبيب، ومجاهدة النفس في ذلك.

٢. **أن تكون العلاقة محكومة بشرع الله**: فالبعد عن الإختلاط غير المنضبط أو المستهتر، والبعد عن الخلوة المحرمة شرعًا في كل الأحوال أمر لا بد منه حتى لا تتعدى العلاقة حدودها المهنية.

٣. **مراعاة القيم الإجتماعية** في العلاقة طالما أنها لا تتناقض مع الشرع، والحفاظ على المظهر والتصرف اللائق الذي لا يغري به أحدًا، أو يكون سببًا في سوء فهم الطرف الآخر وحصول المحظور.

٤. **عدم الإستجابة للنوازع الشخصية** الطبيب بشر، ويمكن أن يعتريه

النقص والضعف، كما يمكن أن تعتريه النوازع الشخصية مثل الإغراء الذي قد يجره إلى مواطن الشبهة والريبة، فعليه أن يحذر منها أشد الحذر.

٥. **مراعاة قيم العمل والممارسة المهنية:** ومنها الالتزام بحدود العلاقة المهنية وعدم تجاوزها إلى علاقات مشبوهة مريبة. وعلى المؤسسات الصحية أن تصدر سياسات واضحة خاصة تضع إطارًا واضحًا وملزمًا للعلاقة بين الممارسين الصحيين والمرضى وذويهم.

العلاقة الفعالة وخصائصها:

حتى تكون العلاقة فعالة ومثمرة، وتوصل إلى النتائج المرجوة منها لا بد أن تتميز بخصائص، منها:

١- الصدق:

فالعلاقة الفعالة تحتاج إلى الصدق، بأن يكون الطبيب صادقًا مع مريضه، وأن يكون المريض كذلك صادقًا مع طبيبه، ومن أكثر ما يقوض العلاقات عدم الصدق من جانب الطرفين أو من أحدهما. والصدق يقوي عامل الثقة المؤثرة في العلاقات.

٢- الثقة المتبادلة:

لا يمكن لعلاقة أن تقوم أو تدوم إلا بالثقة المتبادلة بين طرفيها، وإذا فقدت الثقة ضاع كل أمل في ترميم العلاقة وتصحيح مسارها.

٣- الإحترام المتبادل:

أهم ما يميز العلاقة الفعالة بعد الصدق والثقة المتبادلة الاحترام المتبادل. فالمريض الذي يشعر باحترام الطبيب له، يقيم علاقة جيدة وفعالة معه، وعلى العكس من ذلك إذا شعر بأن الطبيب لا يحترمه أو يحتقره أو ينظر إليه نظرة دونية.

٤- الانسجام:

لا تقوم علاقة فعالة بين طرفين إلا بوجود قدر من الانسجام. وإذا كان من الصعب أن يكون الانسجام قائمًا بين كل الأطباء وكل المرضى، لاختلاف الشخصيات والخلفيات والأفكار والرؤى؛ فهناك قدر من الانسجام لا بد منه حتى تستقيم العلاقة بينهما.

٥- إشعار الآخر بأهميته:

إن إشعار الإنسان بأهميته جزء من احترامه. فإذا أشعر الطبيب المريض مثلًا بأهميته في اتخاذ القرارات التي تخصه، وأشعره بدوره، وعدم تجاهله، فإن هذا سيوثق العلاقة بينه وبين الطبيب.

٦- الرعاية والإهتمام:

إن شعور المريض برعاية الطبيب له واهتمامه به يشعره بأهميته بالنسبة للطبيب، ومن شأن هذا أن يجعله أكثر ثقة وشعوراً بالاحترام، فتتوثق العلاقة وتؤتي ثمارها المرجوة منها.



٧- **المشاركة الوجدانية:**

يأتي الطبيب إلى المريض وهو في وضع غير طبيعي، وفي موقف ضعف، ويأتي بجملة من المشاعر تتطلب التفاعل معها. وهو يتوقع من طبيبه أن يتعاطف معه، ويشاركه همه مشاركة وجدانية، ومن شأن هذا أن يزيد ثقته بالطبيب، ويشعره بالأهمية وبالرعاية والاهتمام فيوثق هذا علاقته به.

وهكذا تتجلى هذه العلاقة المهمة في حياة الطبيب ومرضاه وأهليهم، وهي تستحق مزيدًا من الاهتمام لتصبح من أولوياتنا كممارسين صحيين.



الفصل الخامس:

الإذن بالعمل الطبي

الإذن بالعمل الطبي

الحالة الأولى:

ف.س يبلغ من العمر ٤٥ عاماً أُتي به إلى قسم الإسعاف ليلاً بواسطة أخيه؛ يشكو من ألم في الصدر وقيء. صادف أن كنت طبيب أمراض القلب المناوب تلك الليلة، وتم استدعاؤك لمعاينة المريض، وبعد أخذ تاريخ المرض، وفحص المريض، وإجراء بعض الفحوصات، تبين لك أنه قد يكون مصاباً بانسداد شرايين القلب التاجية ويحتاج إلى قسطرة قلبية على وجه السرعة، لكن المريض رفض إجراء القسطرة بشدة.

أعطي المريض بعض الأدوية، وأصر على الخروج من المستشفى برغم نصيحتك المتكررة له. بعد عدة ساعات أُتي بالمريض للمرة الثانية، وتم استدعاؤك لمعاينته فكان وضعه أسوأ هذه المرة، لكن أصر مرة أخرى على رفضه لإجراء القسطرة. وقد ساءت حالته أكثر فأكثر، وبدأت تظهر عليه آثار الصدمة، وبدأ بفقدان الوعي. تم التعامل مع الحالة كما هو المعتاد، وفي هذه اللحظة تقدم أخوه إليك طالباً إجراء القسطرة على مسؤوليته، وأنه سيقوم بتوقيع الإذن الطبي.

الحالة الثانية:

امرأة تبلغ من العمر ٣٥ سنة، متزوجة، ولديها ٣ أبناء. بعد الكشف عليها وإجراء الفحوص اللازمة تأكد إصابتها بسرطان المبايض (Ovarian Cancer)، على

إثر ذلك قرر الأطباء استئصال المبايض حفاظًا على حياة المريضة. وافقت المرأة على إجراء العملية، لكن زوجها رفض بحجة أنه يريد المزيد من الأبناء، وأن الأطباء دائمًا يخطئون في التشخيص، وأنه صاحب القوامة على زوجته، وله الحق في رفض العملية.

الحالة الثالثة:

طفل عمره سنتان، أحضره أبواه، وهو يشكو من ارتفاع في درجة الحرارة، وتشنج في الرقبة، ويبدو أنه مصاب بالتهاب السحايا البكتيري (meningococcal meningitis رفض والده إجراء بزل من النخاع الشوكي (lumbar puncture) بحجة أنه مؤلم، وله مضاعفات خطيرة. في هذه الأثناء بدأ الطفل بالتشنج، وبدأت بإعطائة الأدوية المناسبة للتشنج وأخبرت والده بضرورة إدخاله المستشفى، وإعطائه المضادات الحيوية بالوريد، لكنه رفض.

ما هو العمل الطبي؟

العمل الطبي هو كل إجراء يقوم به الطبيب أو الممارس الصحي بهدف الوقاية أو العلاج من الأمراض، ويشمل هذا وسائل التشخيص، والإجراءات الوقائية كالتطعيمات مثلًا، والإجراءات العلاجية الطبية والجراحية.

تعريف الإذن لغة واصطلاحًا

الإذن في اللغة:

الإذن بالشيء إعلام بإجازته والرخصة فيه.

وقال ابن منظور: " أذن بالشيء إذناً: أباحه، واستأذنه طلب منه الإذن". [١]

والإباحة هي: الإذن بإتيان الفعل كيف شاء الفاعل. [٢]

الإذن في الاصطلاح: لم يخرج عن المعنى اللغوي.

قيل فيه: "فك الحجر وإطلاق التصرف لما كان ممنوعاً شرعاً. [٣]

ويمكن أن يقال: " إباحة التصرف للشخص بما كان ممنوعاً شرعاً ". [٤]

أو إباحة التصرف فيما كان ممنوعاً شرعاً. [٥]

ويفهم أن الإذن بالعمل الطبي هو:

إباحة المريض أو وليه للطبيب القيام بالعمل الطبي، ويمكن تعريفه بأنه:

إقرار المريض أو وليه للطبيب القيام بالعمل الطبي اللازم لعلاجه. [٦]

وقد ذكر الباحثون المعاصرون عدة تعريفات للإذن بالعمل الطبي، واتصف بعضها بطول العبارة وعدم الشمولية. [٧]

فعرفه بعضهم بأنه: " العمل وفق العلم المختص بأحوال بدن الإنسان ونفسه، لحفظ حاصل الصحة واسترداد زائلها ". [٨]

---

(١) ابن منظور، أبو الفضل جمال الدين محمد بن مكرم: لسان العرب،ج١: ص٥٢.

(٢) الجرجاني، على بن محمد السيد الشريف: معجم التعريفات، ص ١٢.

(٣) الجرجاني: المرجع السابق، ص ١٩.

(٤) سلطان العلماء، محمد عبد الرحيم: أحكام إذن الإنسان في الفقه الإسلامي، ج١، ص٧.

(٥) الجبير، هاني بن محمد: الإذن في إجراء العمليات الطبية -أحكامه وأثره في الضمان الطبي-ص ١١.

(٦) انظر: الجرعي، عبد الرحمن بن أحمد: أحكام الإذن الطبي. مجلة الحكمة-العدد١٩، ص٢٧.

(٧) الموسوعة الطبية الفقهية: ص:٥٢.

(٨) آل الشيخ مبارك، قيس بن محمد: التداوي والمسؤولية الطبية، ص٤٤.

واختار الدكتور هاني الجبير تعريفًا – وإن كان خاصا بالعمليات الجراحية – اتصف بالشمول، وهو:

" رضى الشخص وقبوله بأن يجرى له – أو لمن هو ولي عليه – جملة الأعمال التي يراد منها حفظ الصحة أو استردادها". [1]

والتعريف الأكثر شمولًا في نظرنا هو الذي اختاره الدكتور عبد الرحمن الجرعي، وهو:

"موافقة المريض أو وليه على الإجراءات الطبية اللازمة لعلاجه". [2]

وليكون أكثر شمولا فإننا نرى تعديله ليكون كالآتي:

"موافقة المريض أو وليه طواعية على العمل الطبي اللازم لعلاجه".

"أو اللازم لحفظ الصحة أو استرداد زائلها ".

فالعمل الطبي يشمل الإجراءات الطبية، وقد يشمل العمل الطبي ما لا يوصف بأنه إجراء، مثل أخذ التاريخ المرضي والاجتماعي للمريض ونحوه ...

والوصف بالطواعية، يخرج منه ما يحصل من موافقة فيها شيء من الإكراه أو الضغط أو ما شابهها.

مشروعية الإذن بالعمل الطبي

ترجع مشروعية الإذن بالعمل الطبي، في الأصل، إلى أمرين[3]:

---

(١) الجبير: مرجع سابق، ص:١٣.

(٢) الجرعي: مرجع سابق، ص:٢٧.

(٣) انظر الجرعي: مرجع سابق، ص٢٩، الجبير: مرجع سابق، ص١٤، الزبن ص٢٦٧، عبد الفتاح إدريس. مدى حق الولي فيما يتعلق بمرض موليه في الفقه الإسلامي. بحث مقدم لمجمع الفقه الإسلامي لرابطة العالم الإسلامي في دورته الحادية والعشرون، ص٧.

أولًا: إذن الشارع الحكيم بالتداوي والتطبيب عمومًا، ويستثنى من ذلك عندما يكون العمل الطبي محرمًا كالتداوي بالمحرمات، فيكون الإذن محرمًا. فحكم الإذن بالعمل الطبي يدور مع حكم التداوي.

ثانيًا: أحكام التداوي: فالمعروف أن الفقهاء قد اختلفوا في حكم التداوي، ونجمل أقوالهم، من دون تفصيل، فيما يأتي:

١. المنع من التداوي، وأصحابه على فريقين:

الأول: يرى منع التداوي مطلقًا، وهم غلاة الصوفية [١]

الثاني: يرى منع التداوي إن كان المريض يعتقد أن الشفاء من الدواء، وأنه لو لم يداو لم يسلم، وإليه ذهب بعض الأحناف [٢].

٢. جواز التداوي وإباحته، وهو قول جمهور العلماء من الحنفية والمالكية والحنابلة، لكن تركه أفضل عند الحنابلة. [٣]

٣. استحباب التداوي، وكأنه مندوب إليه، وهو مذهب الشافعية وبعض الحنفية وبعض الحنابلة. [٤]

٤. وجوب التداوي، وقال به فريقان:

---

(١) المحمدي، محمد. حكم التداوي. ص ١٣٧.

(٢) الجرعي، عبد الرحمن: مرجع سابق ص٣٣.

(٣) الحارثي، محمد بن مرعي. حكم التداوي. مجلة كلية دار العلوم ٢٠٠٩م (العدد ٤٩) :٣٣٠، موسوعة الفقه الطبي. المجلد الثاني:٧٣٧.

(٤) الأحمد، يوسف:٤٣، موسوعة الفقه الطبي، المجلد الثاني: ٧٣٨.

أ- فريق يرى وجوب التداوي مطلقًا، وهو قول لبعض الحنابلة. [١]

ب- فريق يرى وجوب التداوي أن علم بقاء النفس لا يحصل بغيره، وبه قال بعض الشافعية وبعض الحنابلة، وقال به ابن تيمية رحمه الله.

٥. كراهة التداوي، وإليه ذهب طائفة من السلف. [٢]

٦. أن التداوي تعتريه الأحكام الخمسة كلها، وبه قال شيخ الإسلام ابن تيمية رحمه الله، وتفصيله في فتوى مجمع الفقه الإسلامي، [٣] وجاء فيها:

الأصل في حكم التداوي أنه مشروع، لما ورد في شأنه في القرآن الكريم، والسنة القولية والفعلية، ولما فيه من "حفظ النفس" الذي هو أحد المقاصد الكلية من التشريع.

وتختلف أحكام التداوي باختلاف الأحوال والأشخاص:

- فيكون واجباً على الشخص إذا كان تركه يفضي إلى تلف نفسه أو أحد أعضائه أو عجزه، أو كان المرض ينتقل ضرره إلى غيره، كالأمراض المعدية.
- ويكون مندوباً إذا كان تركه يؤدي إلى ضعف البدن، ولا يترتب عليه ما سبق في الحالة الأولى.
- ويكون مباحاً إذا لم يندرج في الحالتين السابقتين.

---

(١) موسوعة الفقه الطبي: ص٧٣٨.

(٢) موسوعة الفقه الطبي :٧٣٨، بكرور، كمال الدين. أحكام التداوي في الفقه الإسلامي ص ٣٠.

(٣) موقع مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار رقم ٦٧(٧/ ٥).http://www.iifa-aifi.org/.

- ويكون مكروهاً إذا كان بفعل يخاف منه حدوث مضاعفات أشد من العلة المراد إزالتها.

ومن هنا نعلم أن الحكم الأصلي للإذن الطبي قد يتغير بتغير حكم التداوي، فقد يكون محرمًا مثلًا إذا كان إذنًا لعمل طبي محرم.

وإذا كان التداوي مشروعًا فإن الإذن به يكون مشروعًا لأنه تابع له. والقاعدة الشرعية تقول: "التابع تابع" أي تابع له في الحكم.[1]

ويضاف إلى هذين الأمرين أمور أخرى تدل على مشروعية الإذن الطبي، وهي:

ثالثًا: ما جاء في السنة النبوية:

من ذلك ماروواه الإمام مسلم رحمه الله عن عائشة رضي الله عنها قالت: (لددنا رسول الله ﷺ، فأشار أن لا تلدّوني. فقلنا: كراهية المريض للدواء. فلما أفاق قال: ألم أنهكم أن لا تلدوني، لا يبقى منكم أحد إلا لُدّ غير العباس فإنه لم يشهدكم).[2]

واللدود هو: الدواء الذي يصب في أحد جانبي فم المريض ويسقاه.[3]

قال الإمام النووي " فيه - أي في الحديث- تعزير المتعدي بنحو من فعله

---

(١) الزرقا، أحمد. مرجع سابق:٢٥٣.
(٢) مسلم بن الحجاج. المسند الصحيح المختصر. بَابُ كَرَاهَةِ التَّدَاوِي بِاللَّدُودِ. م: ٢٢١٣، ج٤ص ١٧٣٣.
(٣) النووي، شرف الدين. شرح صحيح مسلم:١٤/ ١٩٩.

الذي تعدى به إلا أن يكون فعلًا محرمًا "(١).

فدل هذا الحديث على ضرورة استئذان المريض البالغ العاقل، وعدم جواز إجباره على التداوي، وأن له حق رفض التداوي وأن من أجبره يعد متعديًا يستحق التعزير. ولوكان الإجبارعلى التداوي سائغًا، لما أمر ﷺ بعقاب من أجبره على تناول الدواء، رغم أنهم مجتهدون ومشفقون عليه.

فنخلص من هذا إلى أنه لابد من الإذن بالعمل الطبي.

ويبنى على هنا أنه لا يجوز الحصول على الإذن بالعمل الطبي بالإكراه، ولا ما يماثله كالإغراء المادي، أو الضعط على المريض، فلا يجوز مثلاً استغلال حال بعض الأشخاص – كالمساجين مثلاً – فيكرهون على فعل طبي ما.

رابعًا: الأذن بالعمل الطبي مقتضى تكريم الإنسان

لقد خلق الله الإنسان في أحسن تقويم، وجعل صفة التكريم صفة ملازمة له من حيث هو إنسان بصرف النظر عن أي صفات أخرى.

قال تعالى: ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِيٓ ءَادَمَ وَحَمَلْنَٰهُمْ فِى ٱلْبَرِّ وَٱلْبَحْرِ ﴾ (الاسراء:٩٠).

فمن مقتضيات تكريم الانسان احترام ذاتيته وحقه في الاختيار بحرية تامه ـ بشروطها الشرعية ـ وليس لأحد أن يكرهه على ما لا يريد أو ما لم يأذن به، ومن مقتضى تكريم الإنسان واحترام ذاتيته أن يستأذن في كل ما يقوم به الطبيب من

---

(١) المرجع السابق: ١٤/ ١٩٩.

عمل طبي مهما كان صغيرًا، فضلًا عن تلك الأعمال الطبية والإجراءات التي تنطوي على مخاطر ومضاعفات فيتأكد حينئذ ضرورة استئذانه.

وقد قرر علماء الشريعة قاعدة مهمة في هذا المجال، وهي:" لا يجوز التصرف في ملك الغير الا بإذنه".(١)

فملك الغير محترم لا يجوز انتهاك حرمته بالتصرف فيه بلا إذن. (٢)

إن القيام بالعمل الطبي دون استئذان المريض أو وليه فيه امتهان لكرامته الإنسانية، وإهدار لذاتيته، فكرامة الإنسان في نظر الشريعة الإسلامية تمتد في حياته وبعد موته.

وفي هذا يقول الرسول ﷺ:«**كسر عظم الميت ككسره حيًا**» (٣)، وهو حديث صحيح. (٤)

أي أنه تعد عليه، وامتهان لكرامته مع أنه ميت لا يحس ولا يتألم، فكيف لو كان حيا.

ويقول ﷺ: «**إذا رأيتم الجنازة فقوموا لها حتى تخلفكم أو توضع**». (٥)

---

(١) الزرقا، أحمد. شرح القواعد الفقهية:٤٥٩.
(٢) زيدان، عبد الكريم، المدخل لدراسة الفقه الإسلامي، ص٨٧.
(٣) النيسابوري، أبو داود. سنن أبي داود، باب فِى الْحَفَّارِ يَجِدُ الْعَظْمَ هَلْ يَتَنَكَّبُ ذَلِكَ الْمَكَانَ. م: ٣٢٠٧. ج٣،ص ٢٠٤.
(٤) الألباني، محمد. صحيح موارد الظمآن إلى زوائد ابن حبان، باب فيمن أذى ميتًا. ج١ص ٣٣٩.
(٥) النيسابوري، مسلم بن الحجاج. المسند الصحيح المختصر. باب القيام للجنازة. م: ٩٥٨، ج٢ص ٩٥٨.

وهكذا حفظت الشريعة كرامة الإنسان حيًا وميتًا.

خامسًا: الإذن بالعمل الطبي مقتضى حرية الإنسان

لقد كفل الإسلام للإنسان حقه في حرية الاختيار حتى فيما يتعلق باعتقاده وكأن حريته مرادفة لحياته، قال تعالى: ﴿ لَآ إِكْرَاهَ فِي ٱلدِّينِۖ قَد تَّبَيَّنَ ٱلرُّشْدُ مِنَ ٱلْغَيِّ ﴾ (البقرة: ٢٥٦).

وإذا كان هذا فيما يتعلق بحق الله سبحانه وتعالى، فمن باب أولى أن الإسلام يحفظ له حرية الاختيار في جوانب حياته الأخرى، ومنها التطبيب والتداوي، ومن هنا لابد للإنسان أن يكون على بصيرة من أمره، ويعرف ما هو مقدم عليه. [(١)]

لقد أقر الإسلام الحرية لكل انسان لأن الإنسان يولد حرًا، ويجب أن يعيش حرًا، وأن يحافظ على حريته، ومنحه حرية التصرف في الأقوال والأفعال بإرادته واختياره من غير قسرٍ و إكراه.

ومن دلائل ذلك أن جعله مسؤولًا عن تصرفاته مسؤولية كاملة:

قال تعالى: ﴿كُلُّ نَفْسٍۭ بِمَا كَسَبَتْ رَهِينَةٌ ﴿٣٨﴾ ﴾ (المدثر:٣٨).

وقال تعالى: ﴿كُلُّ ٱمْرِيٍٕۭ بِمَا كَسَبَ رَهِينٌ ﴿٢١﴾ ﴾ (الطور:٢١).

كما أنه ليس مسؤولًا عن تصرفات غيره، قال تعالى: ﴿ وَلَا تَزِرُ وَازِرَةٌ وِزْرَ أُخْرَىٰ ﴾ (الأنعام:١٦٤).

---

(١) الجار الله، جمال صالح: أخلاقيات البحوث الطبية، ص ٦٦.

سادسا: حرمة الجسد الآدمي تقتضي الإذن بالعمل الطبي

يحيط الإسلام نفس الإنسان وجسده بسياج من الحماية، فلا يجيز الاعتداء عليه إلا لضرورة شرعية، مثل ضرورة العلاج أو الحاجة إليه، وإلا فالأصل تحريم التعدي عليه. فالحق في سلامة الجسد الإنساني حق متمحض للإنسان كفلته الشريعة الإسلامية. وإذا كان الأمر كذلك فلابد من الإذن.

ويمكن أن يقال: أن المريض في الأصل قد تنازل عن حقه في سلامة جسده وحرمته حين أباح للطبيب القيام بالعمل الطبي، والذي هو في الأصل ممنوع شرعًا وقانونًا.

الإذن بالعمل الطبي في إطار العقود

كثيرًا ما يناقش الإذن بالعمل الطبي مجردًا عن كونه عقدًا أو جزءًا من عقد، فهل الإذن الطبي عقد بين الطبيب أو الممارس الصحي من جهة والمريض أو وليه من جهة أخرى؟

أما في إطار الممارسة المهنية فالإذن الطبي عقد بين الطبيب والمريض، فكل عقد يتضمن إذنًا فيما تم العاقد عليه. [1]

وأما خارجها فقد يكون هناك إذن بالعمل الطبي دون أن يكون هناك عقد، فما طبيعة العقد الطبي؟

---

(١) آل الشيخ مبارك، قيس. العقد الطبي: أحكام الإذن الطبي، ص ٥٤.

هناك صور مختلفة للعقود من الناحية الشرعية والقانونية، فما هي الصورة المناسبة لأن ينزل عليها العقد الطبي؟

بعد مناقشة أنواع العقود في الشريعة الإسلامية والأنظمة والقوانين يرى الشيخ الدكتور قيس ابن آل الشيخ مبارك أن العقد الطبي هو عقد إجارة، ومفهومه أن جميع أنواع التعاقد الطبي لا تخرج عن أن تكون مندرجة تحت صور محددة، وهي:

١. أن يتم التعاقد على عمل طبي يقوم به طبيب معين.

٢. أن يتم التعاقد على عمل طبي معلوم مضبوط بصفات محددة في ذمة الطبيب وهذا عقد إجارة.

وهناك صورة ثالثة، وهي أن يتم التعاقد على أن يقوم الطبيب بالعلاج مقابل عوض من المريض إن تحقق الشفاء، وهذا جعالة. (١)

وبما أن الصورتين الأولين هما الأغلب في العقد الطبي فهو عقد إجارة من حيث الأصل. وفرق بعضهم بين العقدين، بما أن الإذن إذا كان مقيدًا فهو عقد إجارة، وإذا كان مطلقًا فهو عقد جعالة. (٢)

إلا أن العقد الطبي له خصوصية إذ إن محله جسد الإنسان نفسه، ثم إن المتعارف عليه في عقود الإجارة أن الذي يقوم بالعمل يكون تحت رقابة من طلب

---

(١) المرجع السابق ص ٨٨-١٠٢.

(٢) العنزي، مشعل عيادة. الإذن الطبي دراسة فقهية تطبيقية. مجلة البحوث الإسلامية، س١، ع١، ٢٠١٥.

منه أداء العمل إلا أن العلاقة بين الطرفين في العقد الطبي غير متكافئة، فالطبيب يحمل من العلم والمهارات ذات الدقة والاختصاص ما لا يمكن للمريض أن يدركه بسهولة، حتى لو اطلع على معلومات طبية من مصادر موثوقة، فالعوامل التي تؤثر في العمل الطبي كثيرة ومتغيرة.

ومن هنا تأتي بالدرجة الأولى أهمية ثقة المريض بالطبيب، فوجود هذه الثقة أصل في موافقة المريض على العمل الطبي، ومتى فقدت هذه الثقة لأي سبب من الأسباب فإن الإذن الطبي سيكون محل نظر وتردد من جهه المريض أو وليه.

ومن ذلك ما قرره الفقهاء في القاعدة الفقهية: " لا يجوز التصرف في ملك الغير إلا بإذنه "، ومعناها الإجمالي: " ليس لأحد التصرف في ملك غيره إلا إذا أذن له المالك، وكذلك إذا كان له ولاية عليه، لأن الولي قائم مقام المولى عليه"[(١)]

فجسد المريض ليس ملكًا للطبيب، فلا يجوز له أن يتصرف فيه إلا بإذنه. كما أن ملكية جسد المريض ليست مطلقة، ففيها حق لله سبحانه وتعالى، وعليه فلا يجوز له أن يتصرف بنفسه وجسده إلا بما فيه منفعة، وليس فيه عليه ضرر.

شروط الإذن بالعمل الطبي :

للإذن بالعمل الطبي شروط لا بد من توفرها حتى يكون الإذن صحيحًا ويعتد به، وهي:

---

(١) شبير، محمد عثمان. القواعد الفقهية :٣٣٤

أولًا: أن يكون الإذن صادرًا ممن له الحق، وهو المريض أو وليه.

ثانيًا: أن يكون الذي يعطي الإذن كامل الأهلية، وهي صلاحيته لإعطاء الإذن بالعمل الطبي، فلا يكون الإذن معتبرًا إذا صدر من ناقص الأهلية أو القاصر، وتتحقق الأهلية شرعًا بشرطين، هما: البلوغ والعقل، إذ هما شرطا التكليف الشرعي. فإذا بلغ الإنسان ذكرًا كان أو أنثى وكان عاقلًا جاز له أن يأذن بالعمل الطبي، ويعتد بإذنه عندئذ بلا إشكال.

ثالثًا: حرية الاختيار والطواعية، وعدم الإكراه، ويدخل في هذا الباب أعني الإكراه الضغط على المريض بطريقة مباشرة أو غير مباشرة لقبول العمل الطبي، أو الإستغلال بوسائله المختلفة أو الاستغفال.

رابعًا: أن يكون العمل الطبي مأذونًا به شرعًا، [1] فإن كان محرمًا فلا يجوز إعطاء الإذن حينئذ، وذلك لأن الشريعة أباحت للطبيب القيام بالعمل الطبي، وللمريض بالإذن فيه، فيما تتحقق به المصلحة الشرعية. ولا تتحقق المصلحة الشرعية في العلاجات المحرمة كتغيير الجنس مثلًا فلا يجوز إعطاء الإذن فيه.

خامسًا: أن يعطي الإذن وهو على بصيرة، أي أنه على بينة وإدراك للعمل الطبي المراد القيام به، ونوعه ومآلاته ومضاعفاته. وهنا يأتي دور

---

(١) آل الشيخ مبارك، قيس: مرجع سابق، ١٣٠.

الطبيب في إيضاح ماهية العمل الطبي وضرورته ومآلاته دون تهوين أو تهويل أو مبالغة.

سادسًا: أن يستمر الإذن حتى ينتهي العمل الطبي. وهذا يعني أن للمريض أو وليه الحق في الرجوع عن إذنه متى أراد ذلك، فلا يجوز إكراهه بدعوى أنه قد أذن في السابق. فلو أذن مريض لطبيب بإجراء عملية جراحية مثلًا، ثم رجع المريض عن هذا الإذن، فله الحق في ذلك، ولا يجبر بحجة أنه قد أذن قبل ذلك.

وهناك من أضاف شروطًا منها:[(١)]

- أن يكون العمل الطبي معلومًا ومقدرًا سواءً بالمدة أو بأوصاف العمل ذاته.
- أن يكون الثمن مقابل المنفعة الطبية معلومًا.

وبالرغم من أهمية الشرط الأول إلا أن العمل الطبي قد تعتريه أمور تجعل تقديره تقديرًا دقيقًا امرًا في غاية الصعوبة، وقد يكتفي بالأوصاف المعروفة للعمل الطبي ومدته على وجه العموم.

وأما بالنسبة للثمن فلا ينطبق عند الإذن بالعمل الطبي في المستشفيات العامة، ولا شك بأنه ينطبق تمامًا في القطاع الصحي الخاص.

(١) آل شيخ مبارك، قيس: المرجع السابق، ص١١٤-١٣٠.

أنواع الإذن بالعمل الطبي

يمكن تصنيف الإذن بالعمل الطبي من حيث شموله إلى إذن عام، وإذن خاص. ومن حيث صفته إلى إذن صريح، وغير صريح. ومن حيث صيغته إلى إذن شفهي، أو إذن مكتوب.

الإذن العام (المطلق): يمكن أن يكون الإذن بالعمل الطبي عامًا، كأن يأذن المريض أو وليه للطبيب بأن يقوم بأي عمل طبي يرى فيه مصلحة للمريض. وهناك نوع من المرضى هذا ديدنهم، خاصة عندما يثقون بالطبيب فيخولونه بالقيام بأي عمل يرى فيه مصلحتهم.

الإذن الخاص (المقيد): ويكون محددًا بإجراء طبي معين، كأن يأذن المريض للطبيب مثلًا بإجراء أشعة مقطعية للمخ، أوأن يجري عملية لاستئصال جزء محدد من جسمه كاللوزتين مثلًا.

الإذن الصريح: وهو أن يصرح المريض أو وليه شفاهة أو كتابة بالإذن بالعمل الطبي، كأن يقول المريض أو وليه للطبيب: أذنت لك بالقيام بالإجراء الطبي المعين. والمعتبر هنا ما يدل على الرضا من الألفاظ.[1]

الإذن غير الصريح: ويمكن أن يكون بالإشارة، كالموافقة بعد عرض الطبيب الإجراء الطبي عليه بالإشارة بحركة معهود فيها أنها تعني الموافقة كتحريك الرأس مثلًا بطريقة يفهم منها الموافقة. ومن شرط الإشارة أن تكون معهودة ومفهومة ودالة على الموافقة والرضا.[2]

---

(١) آل الشيخ مبارك، قيس: مرجع سابق، ص ١٥١.

(٢) آل الشيخ مبارك، قيس: مرجع سابق، ص ١٥٦.

الإذن الشفوي: يكتفى في بعض الإجراءات الطبية بالإذن الشفوي، وذلك لعدم خطورتها، ولجريان العرف الطبي بقبول الإذن فيها شفويًا مثل تحاليل الدم البسيطة، والأشعة العادية وما شابهها. (١)

الإذن المكتوب: ويطلب عادة في الإجراءات الطبية التدخلية التي تنطوي على مخاطر، كالعمليات الجراحية، ووسائل التشخيص التدخلية كالمناظير والخزعات، والعلاج الإشعاعي والكيماوي لمعالجة السرطان وما شابهها.

وبما أن المقصود من الإذن وجود الرضا والموافقة على الإجراء الطبي، فكل ما يدل على الرضا والموافقة، فهو كاف في حصول الإذن. (٢)

أركان الإذن بالعمل الطبي

للإذن بالعمل الطبي أربعة أركان، وهي:

١. **الآذن**: وهو المريض أو وليه، ويشترط فيه أن يكون كامل الأهلية.
٢. **المأذون له**: وهو الطبيب، ويشترط أن يكون عالمًا بالعمل الطبي، وقادرًا على القيام به.
٣. **المأذون به**: وهو العمل الطبي، ويشترط أن يكون مباحًا.
٤. **صيغة الإذن**: وهو ما يدل على الموافقة والقبول قولًا، أو كتابة، أو إشارة دالة بوضوح.

---

(١) الجرعي، عبد الرحمن: مرجع سابق، ص ٤٢-٤٣.
(٢) الجبير، هاني: مرجع سابق، ص ٣٤.

الإذن بالإنابة

هناك فئات لا يعتد بإذنهم، وبالتالي لابد من إذن من ينوب عنهم في هذه الحالة، وهم:

أولًا: الصغير أو القاصر

والمعروف أن الصغير يمر في ثلاثة أدوار هي:[1]

١. **ما قبل التمييز**: وفي هذه الحالة لا يعتد بإذنه على الإطلاق، حيث إنه غير مكتمل العقل، ويناط الإذن بوليه.

٢. **ما بعد التمييز**: من سن التمييز (من السابعة) وحتى مرحلة البلوغ، فهنا له أهلية غير مكتملة، فيقبل إذنه في التصرفات التي يغلب على الظن نفعها له مثل قبول تبرع غيره له بالدم أو الأعضاء بشروطها وضوابطها.[2]

أما التصرفات الضارة ضررًا محضًا أو التي تدور بين المنفعة والمضرة فهذه لا يعتد بإذن الصبي فيها حتى وإن كان مميزًا. وقد جاء في القواعد الفقهية ": من لا يصح تصرفه لا قول له ".

٣. **مرحلة البلوغ**: وفي هذه المرحلة تكتمل القوى العقلية، ويتحقق فيه وصف الأهلية، فيعتد بإذنه. ويعرف البلوغ عند الذكور بأمرين هما: الإنزال (أي إنزال المني)، وإنبات الشعر، وبالنسبة للإناث يعرف

---

(١) آل الشيخ مبارك، قيس: مرجع سابق، ص ١٧٦-١٧٨، وينظر: الموسوعة الفقهية الكويتية:١٥٦-١٥٩.

(٢) الزحيلي، وهبة: الفقه الإسلامي وأدلته: ج٤، ص ١٢٤.

البلوغ بالحيض أوبتمام الخامسة عشرة من العمر عند جمهور الفقهاء.[1]

وأضاف بعضهم: مرحلة الرشد، وهي أكمل مراحل الأهلية، وقد يرافق البلوغ وقد يتأخر عنه، وهنا ترتفع الولاية عنه تمامًا.[2]

ثانيًا: المريض البالغ فاقد الأهلية:

ومن جملة هؤلاء الفئات الآتية:

١. فاقد العقل كالمجنون أو المصاب ببعض الأمراض العقلية كالفصام، فلا يعتد بإذنه لفقدانه البصيرة والأهلية، فلا بد من إذن وليه.

٢. المغمى عليه والمريض الواقع تحت تأثير التخدير ـ كما هو معروف ـ لا يمكنهما أن يتخذا قرارًا، أو أن يتصرفا بأي شيء، فلا بد من إذن وليهما.

٣. المصاب بالعته أو الخرف: فهو فاقد للأهلية، لكونه محدود الإدراك أو مشوهه، وذاكرته مشوشة أو مفقودة، ولا بد من إذن وليه.

٤. المكره: فالمكره فاقد للاختيار، فلا يعتد بإذنه، حتى لو أذن بالعمل الطبي.

إذن المرأة:

لم يكن من الضروري إفراد الحديث عن إذن المرأة بالعمل الطبي في فقرة مستقلة، لولا أن هناك غبشًا واضطرابًا حول ولاية المرأة على نفسها في بعض

---

(١) الزحيلي، وهبة: المرجع السابق، ص ١٢٢.

(٢) الزحيلي، وهبة: المرجع السابق، ص ١٢٥-١٢٦، الموسوعة الفقهية الكويتية: ١٦٠.

المجتمعات الإسلامية، إضافة إلى حدوث كوارث طبية بسبب سوء الفهم هذا، مثل انفجار رحم امرأة كانت بحاجة إلى عملية قيصرية مستعجلة أخرت بسبب انتظار إذن زوجها.[١]

وولاية المرأة على نفسها حق ثابت متمحَّض لها في الإسلام مادامت بالغة عاقلة راشدة، مثلها في ذلك مثل الرجل، ولا خلاف بين فقهاء الإسلام ـ فيما نعلم ـ حول هذا الأمر، لأن ضابط الأهلية هو العقل والتمييز.[٢]

ومن هنا فإنه يمكن للمرأة أن تأذن بالعمل الطبي إذا تحققت شروطه مثلها مثل الرجل، ولا ولاية لأحد عليها في هذا الأمر الذي يخصها وهو حق مكفول شرعًا ونظامًا.

وقد جاء تحت المادة التاسعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية بالمملكة العربية السعودية ما نصه:[٣]

" تؤخذ موافقة المريض البالغ العاقل ً سواء كان ً رجلًا أو امرأة أو من يمثله إذا كان يعتد بإرادته قبل القيام بالعمل الطبي أو الجراحي، وذلك تماشـيًا مع

---

(١) انظر مقال الدكتور حسن أبو عائشة ♀ Abu-Aisha H.Women in Saudi Arabia:Do they have the right to give their own consent for medical procedure?.Saudi Medical Jpurnal.1985;6-74-77.
وذكر فيه حالة امرأة في حالة ولادة، وكان الجنين مستعرضًا في الرحم، ويحتاج إلى عملية قيصرية مستعجلة، لكن الأطباء انتظروا الزوج ليأذن بإجراء العملية، ولم يتواصلوا مع المرأة صاحبة الشأن حتى تطور الأمر، وانفجر رحم المرأة وتوفيت. (المولف).

(٢) آل الشيخ مبارك، قيس: مرجع سابق، ص ٢٢١.

(٣) نظام مزاولة المهن الصحية بالمملكة العربية السعودية: https://cutt.us/nIBJz .

مضمون خطاب المقام السامي رقم ٤/ ٢٤٢٨/ م. وتاريخ ٢٩/ ٧/ ١٤٠٤هـ؛ المبني على قرار هيئة كبار العلماء رقم ١١٩وتاريخ: ٢٦/ ٥/ ١٤٠٤هـ".

وللأسف الشديد فإن هذا الأمر ـ أعني إذن المرأة بالعمل الطبي واستقلالها ـ مازال مجال أخذ ورد بين الأطباء، بالرغم من ثبات هذا الحق لها شرعًا ونظامًا. وقد يتأخر علاج المرأة، وقد تتعرض للضرر والمضاعفات بسبب هذا التأخر، فلا بد من توعية الأطباء وإدارات المؤسسات الصحية بهذا الأمر تحقيقًا للمصلحة، ودرءًا للمفسدة، وتثبيتا للحقوق الشرعية والنظامية.

ترتيب الأولياء في الإذن:

والحديث هنا في الولاية على النفس، فهي حق للولي وواجب عليه في نفس الوقت، يقوم بموجبها باتخاذ القرارات نيابة عن المريض القاصر أو فاقد الأهلية.

وقد تكلم الفقهاء المعاصرون عن ترتيب الولاية في الإذن بالعمل الطبي، وأسسوها على القرابة وداعي الشفقة لدى الولي، بعد النظر فيما قاسوه عليه وهو القرابة في المواريث.

ويرى الدكتور قيس بن محمد آل الشيخ مبارك أن يكون الترتيب كالآتي:

الأب، ثم الابن، ثم ابن الابن وإن نزل ثم الأقرب فالأقرب، ثم بقية العصابات من الأقارب على الترتيب الآتي:

الأخ الشقيق، ثم الأخ لأب، ثم ابن الأخ الشقيق، ثم ابن الأخ لأب ثم

بنوهم وإن نزلوا، ثم الجد، ثم العم؛ وهكذا..[١]

ويلاحظ هنا أن المرأة ليس لها ولاية على الغير فيما يتعلق بالولاية على النفس، فولاية الأب أقوى من ولاية الأم.[٢]

إلا أن الشيخ هاني الجبير يرجح القول بأن الولاية تثبت للأم بعد الأب والجد، ثم الأقرب فالأقرب من العصبات، وهو اختيار شيخ الإسلام ابن تيمية، كما ذكر،[٣] وذلك لشفقة الأم على أبنائها، فهي أولى من الوصي. وحصر الشيخ قيس بن مبارك إذن المرأة في المعالجات البسيطة دون المخطرة، وذلك لأن عاطفة المرأة قد تمنعها من الإذن بهذا النوع من المعالجات فتفوت المصلحة كما يرى.[٤]

ولاية الزوج على زوجته

في الحالات التي تكون الزوجة غير قادرة على إعطاء الإذن بالعمل الطبي بسبب نقص الأهلية أو فقدانها، من الذي يقوم بالولاية عليها ويعطي الإذن بالعمل الطبي؟ وهل للزوج ولاية عليها في هذه الحالة أم أن الأصل هو ولاية قرابتها على الترتيب الذي ذكر آنفًا؟

يقرر بعض الفقهاء أن ولاية الزوج على زوجته هي ولاية طارئة وليست أصلية، على اعتبار أنه يمكن أن يحدث بينهما طلاق فتنفصم عرى الولاية، وإن

---

(١) آل الشيخ مبارك، قيس: مرجع سابق، ص ٢١٩-٢٢٠.
(٢) الشنقيطي، محمد: احكام الجراحة الطبية، ص٢٣١.
(٣) الجبير، هاني: مرجع سابق، ص ٤٠.
(٤) آل الشيخ مبارك، قيس: مرجع سابق، ص ٢٢٣.

كانت شفقة الزوج على زوجته موجودة [١]، وبناء على هذا الرأي فإن الزوج لا يمكن أن ينوب عن زوجته في الإذن بالعمل الطبي.

ويرى آخرون أنه يمكن تقديم ولاية الزوج في الاذن بالعمل الطبي، وذلك لقربه منها، ومعرفته بأحوالها وكثير من أمورها أكثر من أقاربها. [٢]

ويرى الشيخ قيس آل مبارك أن الزوج لا ولاية له على زوجته فيما يتعلق بالإذن بالعمل الطبي إلا عند عدم وجود أقاربها أو بعدهم عن مكان المعالجة. [٣]

وإذا كان الأمر كذلك، فالذي أراه أن تبقى الولاية على الأصل وهي للأب وللأقارب، كما ذكر سابقًا، ويمكن النظر في تقدم الزوج في حالات معينة مثل تعذر وجود الولي الأصلي أو صعوبة الاتصال به أو أن يكون غير قادر على إعطاء الإذن، والله أعلم.

على أنني أرى أن إشراك الزوج في الإذن بالعمل الطبي له أهميته في أستقرار الحياة الزوجية واستمرارها، خاصة لدى بعض الأزواج الذين لديهم حساسية خاصة من تفرد زوجاتهم بالإذن بالعمل الطبي، وأنصح باستئذان الزوجة في إشراك زوجها تحقيقا لهذه المصلحة، والله أعلم بالصواب.

أما فيما يتعلق بمنع الحمل فإذن الزوج فيه ضروري، وذلك لأن له حق في

---

(١) المرجع السابق، ص ٢١٦.
(٢) الجرعي، عبد الرحمن: مرجع سابق، ص ٤٨.
(٣) آل الشيخ مبارك، قيس: مرجع سابق، ص ٢١٧.

الإنجاب إلا عند وجود حالات طارئة كضرورة استئصال الرحم نتيجة لنزف حاد شديد لا يعالج بدونه، فإذن الزوجة هو المعتبر في هذه الحالة.(١) وكذلك الحال بالنسبة للزوجة، إذا افترض أن الزوج سيستخدم مانعًا للحمل.

تعذر وجود الإذن بالعمل الطبي

قد تكون هناك حالات يتعذر فيها وجود الإذن الطبي، ومن هذه الحالات ما يأتي:

أولًا: غياب من له الحق بالإذن

عندما يكون المريض مهددًا بالموت أو فقد عضو من أعضائه، أو تلفه أو تلف وظيفته؛ إذا لم يتم إسعافه وعلاجه، ففي هذه الحالة، يتعين على الطبيب القيام بالعمل الطبي دون إذن، وذلك استنقاذًا لحياة المريض أو صحته، عملًا بقاعدة "الضرر يزال" وقاعدة "الضرورات تبيح المحظورات".

أما إذا لم تكن حياة المريض وصحته في خطر قائم أو منتظر قريبًا، وتسمح الحالة بالانتظار حتى قدوم وليه، فلا بد من إنتظاره لأن الضرورة لم تقم هنا، وليس هناك ضرر واقع، ولا يجوز الإقدام على العمل الطبي إلا بعد إذن الولي. (٢)

ثانيًا: عدم وجود من له الحق بالإذن:

---

(١) انظر: قرار هيئة كبار العلماء بالسعودية رقم١٧٣، وتاريخ ٢٠-٦-١٤٠٧هـ. موقع دار الإفتاء: www.alifta.net.
وانظر أيضًا: سلطان العلماء، محمد عبد الرحيم: مرجع سابق: ج٢، ص ٥٦٩ـ٥٧٠.

(٢) الجبير، هاني: مرجع سابق، ص ٦٨.

قد يحدث أحيانًا أن ولي المريض غيرموجود، أو يصعب التعرف على هوية المريض أو الاتصال بوليه لأخذ الإذن منه. ففي هذه الحالة، وعندما يكون المريض في حالة خطرة لا تحتمل الإنتظار فينطبق عليها ما ذكرنا في الفقرة السابقة.

أما عندما لا تكون حياة المريض أو صحته في خطر فيرفع أمره إلى الحاكم الشرعي ليقوم بالولاية عليه أو يقيم نائبًا عنه يتولى المريض.

يقول الرسول ﷺ: «**السلطان ولي من لا ولي له**»، [(١)] وهو حديث صحيح. [(٢)]

وعند تعذر وجود الحاكم الشرعي يمكن أن يقوم من علم حاله من المسلمين كجيرانه ومعارفه، بالنيابة عنه في إعطاء الإذن. [(٣)] وذلك تحقيقًا للمصلحة، وتطبيقًا لمبدأ التعاون على البر والتقوى بين المسلمين.

وتيسيرًا على المريض والطبيب أرى أن تقوم لجنة داخل المؤسسة الصحية، كالإدارة الطبية أو الإدارة الصحية العليا، كمديرية الشؤون الصحية تنوب عن الحاكم الشرعي بإعطاء الإذن نيابة عن المريض في مثل هذه الحالة. والله أعلم.

تبصير المريض بالعمل الطبي

لا يمكن للإذن بالعمل الطبي أن يكون سائغًا من الناحية الأخلاقية والقانونية حتى يكون المريض أو وليه على بصيرة من أمرهم، بحيث يلتزم

---

(١) السيوطي، جلال الدين، صحيح وضعيف الجامع الصغير وزيادته. م: ٤٤٧٤. ج١، ص ٤٤٧٤.
(٢) الألباني، محمد ناصر الدين. إرواء الغليل في تخريج أحاديث منار السبيل. م: ١٨٤٠. ج٦، ص٢٤٣.
(٣) الجبير، هاني: المرجع السابق، ص ٦٧.

الطبيب بتبصير المريض أو وليه بالعمل الطبي الذي سيقوم به.

وحتى يكون العقد بين الطبيب والمريض سليمًا؛ لابد من تبصير المريض بمخاطر المرض أو ما ينتج عن العمل الطبي ذاته من مخاطر، ذلك أن من شروط صحة العقد أن تنتفي الجهالة عن المنتفع به. [١]

ولا يمكن أن يكون رضا المريض وإذنه صحيحًا حتى يكون على علم بما يراد فعله، ويمكننا حينئذ أن نقول: إنه أعطي الإذن على بصيرة، ويكون قبوله للعمل الطبي على بينة. [٢]

ومن المتعارف عليه أن تعريف الإذن الطبي ـ خاصة في المراجع الغربية ـ يشمل التبصير في ذاته، فيعرف بأنه: "الموافقة أو القبول الطوعي للتدخل الطبي من قبل المريض، بعد إعلام (إفصاح) كافٍ من قبل الطبيب عن طبيعة هذا التدخل، ومخاطره، ومنافعه، والبدائل المتاحة للعلاج ومخاطرها وفوائدها". [٣] ولهذا يطلق عليه الإذن المستنير(informed consent)، ونفضل تسميته الإذن على بصيرة.

فما هو أصل التزام الطبيب بالتبصير؟

من المعلوم أن الطبيب يطلع على معلومات كثيرة بحكم موقعه العلمي ومعرفته، وبحكم اطلاعه على أحوال المرضى وشؤونهم.

ويمكن أن يقال: إن التزام الطبيب بتبصير المريض؛ هو التزام أخلاقي

---

(١) آل الشيخ مبارك، قيس: مرجع السابق، ص٢٤٤.

(٢) قاسم، محمد حسن: إثبات الخطأ في المجال الطبي، ص ١٥٩.

(3) Jonsen A,Siegler M,and,Winslade W. Clinical ethics.McGraw hill.Newyork.2015:P57 .

إنساني بموجب معصومية الجسد الآدمي، وحرمة التعدي عليه إلا بإذن، وأن يخلو هذا الاذن من أي صفة من صفات الجهالة، إذ لا يمكن أن يكون رضا المريض حقيقيًا إلا إذا سبقه تبصير من قبل الطبيب عن حالته الصحية، وطبيعة مرضه، ودرجة خطورته.(١)

كما يمكن أن يقال: إنه التزام بموجب حسن النية في التعاقد (٢)، ومبدأ التعاون أوالمشاركة بين المتعاقدين في تنفيذ العقد(٣).كما أنه مظهر من مظاهر احترام إرادة المريض في العقد الطبي.(٤)

ويمكن أن يقال: إن التقصير في تبصير المريض، إهدار لكرامته واستخفاف به، فكيف يطلب منه الإذن بشيء لم يتبين له، ولم يعرف ماهيته.

كما أن التبصير هو الوسيلة المثلى للحفاظ على الثقة في العلاقة بين الطبيب والمريض، فالثقة تفترض المصارحة والمكاشفة. (٥)

نطاق التبصير:

قررنا أن الطبيب ملزم بتبصير المريض عن مرضه وعلاجه، وما يتعلق به بموجبات أخلاقية وقانونية عقدية، والسؤال الآن: ما هو نطاق هذا التبصير؟ وما منظوره ومداه؟

---

(١) عبد الكريم، مأمون: رضا المريض عن الأعمال الطبية والجراحة (دراسة مقارنة)، ص ١١٥.
(٢) رزيق، موسى. الالتزام بتبصير المريض: دراسة مقارنة، المجلة الدولية القانونية، ص ٩ https://cutt.us/9Zr70.
(٣) نجيدة، علي حسن. التزامات الطبيب في العمل الطبي، ص١٤.
(٤) الفهاد، حسام. الالتزام بالتبصير في المجال الطبي. دراسة مقارنة، ص ٢٨.
(٥) علي، جابر محجوب: دور الإرادة في العمل الطبي، ص٦٥.

فهل الطبيب ملزم بتبصير المريض بكل ما يتعلق بالمرض، وطرق تشخيصه وعلاجه، وجميع ما يتعلق بالعمل الطبي ومضاعفاته؟ أم يكتفي بتبصير المريض بما يكفي لاتخاذ قراره على بصيرة؟

نقرر مبدئيًا أن هذا التبصير ملازم لجميع مراحل العلاقة الطبية، أي مرحلة التشخيص والعلاج وما بعد العلاج.[١]

ونقرر أيضًا أن المعلومات التي يدلي بها الطبيب لمريضه يجب أن تتصف بالصفات الاتية:

١. أن تكون صادقة وواقعية، ليس فيها تهوين ولا تهويل.
٢. أن تكون كافية، بحيث يستطيع المريض أن يتخذ قراره على بينة من أمره.
٣. أن تقدم بلغة سهلة وبسيطة وواضحة، بعيدًا عن المصطلحات غير المفهومة، بحيث يفهمها الشخص العادي بسهولة.

ويقع الخلاف دائمًا حول الصفة الثانية وهي كفاية المعلومات التي تعطى للمريض، بحيث تجعله على بصيرة، وما المعيار الأنسب الذي يمكن الأخذ به؟ إذ نحن غالبًا أمام ثلاثة معايير، وهي:[٢]

الأول: المعيار المهني: ويقصد به أن تعطى المعلومات للمريض بناء على

---

(١) قاسم، محمد حسين: مرجع سابق، ص١٥٩-١٦٠، وعلي، جابر محجوب: مرجع سابق، ص٧٣-٨٤ .
(2) svitak LS, and Morin M. Informed consent: informed or misinformed? William Mitchell Law Review;12,1986:541-578.

تقديرنا لكمية ونوعية المعلومات التي سيعطيها أي طبيب مماثل له وفي نفس المستوى المهني، وفي مثل الحالة التي نحن بصددها.

الثاني: معيار المريض: ويقصد به أن تعطى المعلومات بناء على تقديرنا لكمية ونوعية المعلومات التي يحتاجها ويرغبها مريض متوسط في مثل هذه الحالة التي نحن بصددها لكي يتخذ قرارًا صحيحًا على بصيرة.

الثالث: المعيار الموضوعي: ويقصد به أن تعطى المعلومات للمريض بناء على احتياجه الخاص، واهتماماته الخاصة بدل أن يكون افتراضيًا فيقاس على آخرين، بعد التفاهم معه فقد يطلب معلومات أكثر تفصيلًا أو يكتفي بقدر معين من المعلومات.

وكما هو ملاحظ فإن كل هذه المعايير ليست دقيقه، وإنما هي اجتهادية وتقديرية. ويمكن أن يضاف لها معيار آخر هو الجمع بين المعيارين الأول والثاني، بحيث تراعي احتياجات المريض وقيمه وأهدافه بالتوافق والتفاهم مع الطبيب.

وأضاف بعضهم معيارًا رابعًا هو معيار المريض المحتاط أو الحصيف، الذي يريد أن يعرف كل شيء مما يعني أن على الطبيب أن يبصره بكل شيء! [1]، وهو أمر -كما نعلم- في غاية الصعوبة، وقد يشكل حاجزًا في استمرار الثقة القائمة في علاقة الطبيب بالمريض.

---

(١) عبد الكريم، مأمون: مرجع سابق، ص ١٣٦-١٣٧.

ولا تخلوهذه المعايير من مآخذ عليها خاصة عند التطبيق العملي، ويبقى أن المنوط بالطبيب، وهو الطرف الأقوى في هذه المعادلة، أن يبذل قصارى جهده" ديانة، وأمانة، وصدقًا، ونصحًا، وشعورًا بالمسؤولية " في تبصير المريض بما يكون كافيًا لاتخاذ قراره على بصيرة وبحرية تامة دون ضغط أو إكراه أو تدليس. فمهما وضعت من معايير يبقى دور الطبيب في تبصير المريض هو الأهم، ويعول عليه بدرجة كبيرة.

كما على الطبيب أن يراعي أحوال المرضى، ووضعهم النفسي عند تبصيرهم بحيث لا يعرض المعلومات بأسلوب ينفرهم من الإقدام على قبول العمل الطبي، أو يدفعهم إلى الإقدام عليه دون تقدير العواقب. فمهارات التواصل في توصيل المعلومات، وطريقة شرحها بأسلوب واضح مبسط، لاغنى عنها على الإطلاق.

المريض البالغ والقادر على اتخاذ القرار

في الأحوال الطبيعية التي يعطى فيها المريض موافقته على العمل الطبي، يكون تام الأهلية، وقادرًا على اتخاذ القرار. وهناك أحوال وحالات تكون أهلية المريض أو قدرته على اتخاذ القرار محل شك، وتحتاج من الطبيب التأكد ان قرارات المريض نابعة من فهم وإدراك.

إن اتخاذ القرارات يتطلب أن يمتلك الشخص القدرات الآتية:

١. الفهم: بحيث يفهم ما يعطى من معلومات على حقيقته.
٢. الادراك والتقدير للمعلومات والوضع الذي هو فيه ومآلات الأمور.
٣. القدرة على الاختيار والقدرة على التعبير عن هذا الاختيار بوضوح.
٤. القدرة على المقارنة والمحاجة والتفكير المنطقي.

فاذا تخلف أي من هذه القدرات أصبحت قدرته على اتخاذ القرارات محل شك، وقد يحتاج الطبيب إلى تقويم قدرة المريض على اتخاذ القرار بشكل منهجي.(١)

وقد يكون عدم القدرة على اتخاذ القرار ملازمًا للمريض في جميع مراحل العلاج، مثل المصابين بمرض الزهايمر او المصابين ببعض الأمراض النفسية العقلية كالفصام المزمن أو الخرف الشديد.

ويمكن أن يكون مؤقتًا كما في حالات التغير في فسيولوجية الجسم ووظائفه الحيوية كاختلال الشوارد (electrolyte imbalance) أو الغيبوبة نتيجة لارتفاع السكر أو انخفاضه أو الإصابة ببعض الأمراض الخمجية (infectious disease) أو مثل حالات الهذيان التي غالبًا ما تصيب كبار السن،فيصبح إدراكهم وتواصلهم مع الآخرين مشوشًا، ولا يستطيعون في هذه الحالة اتخاذ أي قرار.

المصابون بأمراض نفسية:

بدايةً لابد من التقرير بأن الأصل في المصابين بأمراض نفسية أنهم يمتلكون القدرة على اتخاذ القرار مثل غيرهم من المرضى. فقد أثبتت الدراسات أن نسبة قليلة منهم (٢-٣ ٪) فقط لديهم مشكلة في القدرة على اتخاذ القرارات.(٢)

---

(1) Applbaum PS. Assaessment of patient competence to consent to treatment.NEJM,2007;357:1834-49.
Barstow C,Shahan B,and Roberts M. Evaluating decision-making capacity in practice.American Family Phys,2018;98:40-46
Pinal D A. Informed consent: Is your patient competent to refuse treatment?.Current psychiatry,2009;8(4):33-43

(2) Narayan CL.Informed consent in psychiatric practice.Eastern J of Psychiatry,2015;18: 3-11.

وفي حالة كون المرض النفسي يؤثر على القدرات الأربع أو بعضها لاتخاذ القرار فيعامل مثل المرضى الآخرين.

على أن المرضى النفسيين قد يختلفون عن غيرهم للأسباب الآتية:

١. قد يتعرضون للضغط أو الإكراه أكثر من غيرهم، خاصةً مع وجود فجوة معرفية بينهم وبين الطبيب.

٢. مشكلة الفهم: فبعض الأمراض النفسية قد تؤثر في فهم المريض، فيكون بطيئاً في الفهم، أو قليل التركيز مثل مرض القلق الشديد، والاكتئاب الشديد.

وقد يكون اتخاذ القرار، والقيام بالفعل بناء عليه لدى هذه الفئة من المرضى؛ أصعب من غيرهم مع قدرتهم على اتخاذ القرارات، ومن هؤلاء مرضى الوسواس القهري.[١]

الإجراءات والعمليات المستعجلة والطارئة:

كثيرًا ما يواجه الأطباء، وخاصة الجراحين، وأطباء الطوارئ حالات يكون التدخل الطبي السريع حاسمًا في حفظ حياة المريض أو الحؤول دون تلف أعضائه أوفقد وظائفها.

ويمكن تعريف الإجراءات والعمليات المستعجلة بأنها: " تلك الإجراءات أو العمليات التي يتوجب إجراؤها حالًا وعلى وجه السرعة، وإلا تعرضت حياة المريض أو أعضاؤه للخطر".

---

(1) Bait Amer A.Informed consent in adult psychiatry.Oman Medical Journal,2013;28(4):228-231.

وفي هذه الحالات يضطر الطبيب إلى أخذ إذن من المريض أو أقاربه على وجه السرعة، أو يضطر أحيانًا إلى التدخل دون إذن من المريض أو وليه.

فهل يعد عمله هذا مشروعا؟

اختلف الفقهاء المعاصرون في هذه المسألة على قولين:

القول الأول:

يرى أنه يجب على المريض الاذن بالإجراء الطبي المستعجل ويعد آثمًا إذا لم يأذن، كما انه يجب على الطبيب القيام بالإجراء الطبي، ولا يجوز له ترك المريض يتعرض للهلاك. [(١)]

إلا أن بعض الفقهاء يرى أنه ليس آثمًا، لان العلاج ليس مقطوعًا بفائدته. [(٢)]

القول الثاني:

يرى أن للمريض البالغ العاقل، كامل الأهلية، الحقَّ في الامتناع عن إعطاء الإذن بالعلاج، وله حق الرفض، ويكون إجباره على التداوي تعديًا على حريته في اتخاذ القرار. [(٣)]

وذلك لأن التداوي ليس بواجب، وليس مقطوعًا بنفعه. [(٤)]

ولا تزال القضية محل خلاف بين الفقهاء المعاصرين.

---

(١) العصيمي، نايف بن فرحان. الاذن الطبي في العمليات المستعجلة، مجلة البحوث والدراسات الشرعية.مج٦ ع٦٧، ص١٤٦.

(٢) الشنقيطي، محمد: مرجع سابق، ص ٢٤٢، والجبير، هاني: مرجع سابق، ص٧٠.

(٣) العصيمي، المرجع السابق. ص١٤٦.

(٤) الجبير، هاني: مرجع سابق، ص٧٠، الشنقيطي محمد: مرجع سابق، ص٢٤٢.

وهناك من رجح الرأي الأول، وهو وجوب التداوي على المريض في هذه الحالة، ووجوب إجراء العمل الطبي على الطبيب وذلك استدلالًا بقوله تعالى: ﴿وَلَا تُلْقُوا۟ بِأَيْدِيكُمْ إِلَى ٱلتَّهْلُكَةِ﴾(البقرة:١٩٥).

وذلك أن إلقاء النفس إلى التهلكة بسبب عدم التداوي في هذه الحالة داخل في عموم هذه الآية الكريمة.[١]

كما استدل بعض الباحثين من الأطباء بأن جسد الإنسان ليس ملكًا له، فلا يجوز له أن يتصرف به بما يؤدي إلى الإضرار به، وأنه يغلب على الظن أن المرض مهلك، [٢]وإن الاقدام على إجراء العمل الطبي من قبل الطبيب دون إذن المريض، وعدم الالتفات إلى رفضه يعد من باب الضرورات، التي تبيح المحظورات، فيباح القيام بالإجراء الطبي دون إذن المريض ـ استثناء وعملًا بمبدأ الضرورة، كما أنها تحقيق لمقصد من مقاصد الشريعة وهو حفظ النفس. [٣]

وبناء على هذا جاء في قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي. [٤]

" إذا كان المريض كامل الأهلية وتام الوعي ولديه قدرة على الاستيعاب واتخاذ القرار دون إكراه، وقرر الأطباء أن حالته مستعجلة، وأن حاجته لإجراء علاجي أو جراحي أصبحت أمراً ضرورياً؛ فإن إعطاء الإذن بعلاجه واجب

(١) العصيمي، مرجع سابق ص١٤٧.
(٢) موسى، عصام محمد. الاذن في العمليات الجراحية المستعجلة. ص١٦.
(٣) أبو الوفا، محمد: العمليات الجراحية المستعجلة بين إذن المريض وضرورة العلاج الطبي. ص٢٤-٢٧.
(٤) موقع مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار رقم ٦٧(٧/ ٥) http://www.iifa-aifi.org/.

شرعاً ويأثم المريض بتركه.

ويجوز للطبيب إجراء التدخل العلاجي اللازم إنقاذاً لحياة المريض استناداً إلى أحكام الضرورة في الشريعة."

كما جاء في المادة التاسعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية بالمملكة العربية السعودية ما نصه:

"يجب ألا يجرى أي عمل طبي لمريض إلا برضاه، أو بموافقة من يمثله أو ولي أمره إذا لم يعتد بإرادته هو. **واستثناء من ذلك يجب على الممارس الصحي - في حالات الحوادث أو الطوارئ أو الحالات المرضية الحرجة التي تستدعي تدخلاً طبياً بصفة فورية أو ضرورية لإنقاذ حياة المصاب أو إنقاذ عضو من أعضائه، أو تلافي ضرر بالغ ينتج من تأخير التدخل وتعذر الحصول على موافقة المريض أو من يمثله أو ولي أمره في الوقت المناسب - إجراء العمل الطبي دون انتظار الحصول على تلك الموافقة**".

وهنا نلاحظ أن النظام أوجب على الطبيب إجراء العمل الطبي، ولم يكتف بالجواز فحسب. وهنا ترفع المسؤولية عن الطبيب من الناحية النظامية، عند قيامه بالعمل الطبي دون إذن المريض أووليه في هذه الحالات.

رفض ولي المريض للعلاج:

الأصل في الولاية أن تتحقق منها مصلحة المولى عليه، لا أن تضر به، استدلالًا بقوله تعالى: ﴿ وَلَا تَقْرَبُوا۟ مَالَ ٱلْيَتِيمِ إِلَّا بِٱلَّتِى هِىَ أَحْسَنُ ﴾ (الاسراء:٣٤).

ولا خلاف بين الفقهاء في هذه المسألة.

والقاعدة الشرعية المعروفة تقول: «التصرف على الرعية منوط بالمصلحة».[(١)]

ومعناها الإجمالي: «أن من كانت له ولاية على غيره، فتصرفه على ذلك الغير مرتبط بمصلحة من يتصرف نيابة عنه، فلا تكون تصرفاته على من هو في رعايته نافذة إلا إذا كان في ذلك التصرف مصلحة له».[(٢)]

ومعنى ذلك أن أي قرار يتخذه الولي بشأن من ولي عليه كالطفل القاصر، وفاقد الأهلية، يجب أن يحقق مصلحته وإلا كان غاشًا له.

يقول الرسول ﷺ: «**ما من عبد يسترعيه الله رعية، يموت يوم يموت وهو غاش لرعيته، الا حرم الله عليه الجنة**».[(٣)] رواه مسلم.

ويقول عليه الصلاة والسلام: «**كفى بالمرء إثما أن يضيع من يعول**».[(٤)]

ولا شك أن تفويت مصلحة المولى عليه تضييع له.

وعليه؛ فلا يسوغ للولي أن يمتنع عن الإذن بعلاج من ولي عليه، خاصة إذا غلب على الظن منفعة العلاج وخطورة الامتناع عن العلاج.

وقد جاء في قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي ما نصه:

" إذا كان المريض ناقص الأهلية ورفض وليه إعطاء الإذن الطبي لعلاجه

---

(١) السيوطي. الأشباه والنظائر. ص١٢١، الزرقا، شرح القواعد الفقهية. ص ٢٠٩.

(٢) شبير، محمد عثمان. القواعد الكلية والضوابط الفقهية في الشريعة الإسلامية. ص٣٥٣، والخطيب. عبد العزيز. القواعد الكلية والضوابط الفقهية، ص١٧٤.

(٣) النيسابوري، مسلم بن الحجاج. المسند الصحيح المختصر. باب استحقاق الوالي الغاش لرعيته النار. م: ١٤٢، ج١ص ١٢٥.

(٤) النيسابوري، الحاكم. المستدرك على الصحيحين. كتاب الفتن والملاحم، باب اما حديث ابي عوانه. م: ٨٥٢٦. ج٤.ص ٥٤٥.

في الحالات المستعجلة فلا يعتد برفضه، وينتقل الحق في الإذن إلى ولي الأمر أو من ينيبه من الجهات المختصة في الدولة". [١]

إجراءات الإذن بالعمل الطبي

تختلف إجراءات الإذن الطبي من مكان لآخر، ومن إجراء طبي لآخر، إلا أن هناك أمورًا أساسية لابد من توفرها.

وأول ما يجب التأكيد عليه هو أن إجراء الإذن بالعمل الطبي ليس مجرد تعبئة نموذج وتوقيعه، وإنما هو في الأصل وسيلة أساسية من وسائل التواصل بين الطبيب والمريض وأهله. هكذا يجب أن ينظر إليه، ففيه تبادل للمعلومات والأسئلة، والإجابة عن الأسئلة، ومن هنا وجب مراعاة كل مهارات الاتصال عند القيام بإجراءات الإذن بالعمل الطبي.

أما المعلومات التي يجب أن تقدم للمريض قبل إعطاء الإذن بالعمل الطبي، فتشمل ما يأتي:

- التشخيص: وإذا لم يكن محددا، فيبين للمريض ما هي الإحتمالات.
- طبيعة الإجراء الطبي المراد القيام به.
- مخاطر الإجراء الطبي المزمع القيام به وفوائده.
- الخيارات والبدائل الأخرى المتاحة.

---

(١) موقع مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار رقم ٦٧(٧/ ٥) http://www.iifa-aifi.org/.

- مخاطر وفوائد البدائل الأخرى.
- مخاطر عدم القيام بالإجراء الطبي.

أما بخصوص ماذا يذكر من المخاطر، فتذكر المخاطر الأكثر حدوثًا المتعلقة بحالة المريض، وهذه هي التي يلتزم الطبيب بتبصير المريض، أما المخاطر قليلة الحدوث، أو نادرة الحدوث فالأفضل عدم إخبار المريض بها إلا عند الضرورة؛ خاصة عند سؤال المريض عنها.

ويجب توثيق ذلك في نموذج الإذن بالعمل الطبي، وفي ملف المريض أيضًا: تحسبًا لأي مشكلة مستقبلية. كما يجب إعطاء الفرص للمريض للأسئلة والإجابة عنها بكل صدق وموضوعية.

إشكالات حول الإذن بالعمل الطبي:

أولًا: من معوقات تطبيق إجراءات الإذن بالعمل الطبي الأمور الآتية:

أ. انشغال الطبيب وضيق الوقت لديه خاصة في الحالات الحرجة والإسعافية.

ب. عدم إعطاء معلومات كافية للمريض.

ج. إعطاء المعلومات بأسلوب يخيف المريض، وإستخدام المصطلحات الطبية التي قد لا يستوعبها.

ح. اختلاف اللغة بين الطبيب والمريض، وأحيانًا إختلاف الخلفية الثقافية لكل منهما، حتى لو كانت اللغة واحدة.

خ. الوضع النفسي الذي يكون فيه المريض والظروف التي يمر بها، قد لا توفر إعطاء الإذن بالعمل الطبي.

د. رداءة النماذج المستخدمة لإعطاء الإذن بالعمل الطبي وعدم ملاءمتها للحالات المختلفة.

ذ. عدم إدراك الطبيب لقدرة المريض على استيعاب المعلومات التي يقدمها أو عدم قدرته على ذلك.

ر. غياب مهارات التواصل الجيد لدى الطبيب، وعدم قدرته على الإيحاء الإيجابي للمريض.

ز. الضغط على المريض أو محاولة استغفاله لتمرير الإذن بالعمل الطبي دون إدراك كامل منه.

س. ضياع المريض بين التخصصات المختلفة أحيانًا وإعطاؤه معلومات قد تكون متضاربة أو متناقضة.

ش. عدم الإجابة عن أسئلة المريض بصراحة وشفافية.

ثانيًا: معضلات متعلقة بالإذن الطبي

قد تمر بالطبيب حالات يصعب فيها أخذ الإذن الطبي لطارئ جديد. والمثال الأبرز لذلك هو عندما يبدأ الطبيب بالإجراء الطبي، خاصة العمليات الجراحية التي أعطى المريض فيها الإذن بإجراء جراحي محدد كاستئصال الزائدة الدودية مثلًا، فيجد الطبيب إضافة إلى التهاب الزائدة الدودية وربما يحتاج إلى

استئصال، والمريض تحت التخدير، ففي هذه الحالة ماذا يجب على الطبيب؟ هل يقدم على استئصال الورم دون إذن المريض، أم ينتظر حتى يفيق المريض من التخدير ويستأذنه في استئصال الورم؟

وكما هو ملاحظ فهناك مشقة كبيرة على كل من الطبيب والمريض في الانتظار حتى يفيق المريض ليتم استئذانه. والأسلم في هذه الحالة والأكثر تحقيقًا للمصلحة ـ والله أعلم ـ أن يخبر أولياء المريض بهذا الإجراء، ثم يتم إعلام المريض لاحقًا دفعًا للضرر، ودفعًا للمشقة.

وقد أباح الفقهاء مثل هذا النوع من الاذن دفعا للمشقة وتحصيلا للمصلحة. [١]

يقول الشيخ محمد الشنقيطي: "وهذا الخيار هو المتفق مع أصول الشرع التي دعت إلى إحياء الأنفس بتعاطي الأسباب الموجبة لإنقاذها من الهلاك والتلف، واعتبرته من الضروريات. [٢]

وإذا قدرنا أن عدم استئصال الورم في هذه المرحلة يعد خطرًا شديدًا على المريض، وربما أدى إلى وفاته، أو إلى تلف بعض أعضائه أو وظائفها، فيمكن أن يطبق عليها الإذن في الحالات المستعجلة التي لا تحتمل التأجيل. [٣]

---

(١) الجبير، هاني: مرجع سابق، ص٦٢، وآل الشيخ مبارك، قيس: مرجع سابق، ص ٢٠٦.
(٢) الشنقيطي، محمد: مرجع سابق، ص ٢٤٤.
(٣) أنظر موقع مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار رقم ٦٧(٥/٧) http://www.iifa-aifi.org/) .
وانظر أيضا الجبير، هاني: مرجع سابق، ص ٦٢-٦٣.

الحالات التي لا يشترط فيها الإذن بالعمل الطبي

لقد قررنا سابقًا أنه لا يجوز القيام بالعمل الطبي إلا بإذن المريض أو وليه، وهذا هو الأصل.

والسؤال: هل هناك حالات يسقط فيها الإذن بالعمل الطبي أو لا يشترط؟

وجوابًا على هذا السؤال نقول. نعم، إن هناك حالات يسقط فيها الإذن بالعمل الطبي، وهذه الحالات هي:

الحالة الأولى: عندما يكون المريض فيها مشرفًا على الهلاك، ولا يمكن أخذ إذنه، ولا يوجد أحد من أوليائه، مثل ضحايا حوادث السيارات. ففي هذه الحالة يجب على الطبيب مباشرة العلاج دون انتظار للإذن من أحد، وذلك عملا بالقاعدة الشرعية: " لا ضرر ولا ضرار"، وقاعدة: "الضرر يزال" والقاعدة الشرعية " الضرورات تبيح المحظورات ".

الحالة الثانية: الحالات التي تقتضي المصلحة العامة معالجتها، حتى لو لم يأذن المريض بذلك، ومنها الأمراض السارية المعدية. كالسل الرئوي مثلًا، ومرض كورونا، وماشابهها من الأمراض السارية، حفاظًا على المجتمع من الضرر.

ومن ذلك فرض التحصينات الضرورية التي يتم بها الوقاية من الأمراض، مثل تحصينات الأطفال والبالغين في بعض الحالات فهذه حالات لا يشترط فيها الإذن، ويتحمل الضرر الخاص فيها مقابل الضرر العام كما هي القاعدة الفقهية

المعروفة: " يتحمل الضرر الخاص لدفع الضرر العام"[١].

وأضاف بعض الباحثين استثناء الحالات اليسيرة التي جرى العرف بالتسامح فيها [٢] مثل الكشف المعتاد، والإجراءات اليسيرة كتنظيف جرح سطحي وخياطته وأمثالها.

وهناك حالة يسقط فيها الإذن عندما يتنازل المريض أو وليه عن حقهما في الإذن، وذلك بأن يفوضا الأمر إلى الطبيب، ولا شك أن هذا يوقع مسؤولية أكبر على الطبيب.

تفويض العمل الطبي

قد يحتاج الطبيب المعالج أو الجراح أن يستعين بآخرين لمشاركته ومساعدته في العمل الطبي، أو أن ينوبوا عنه فيه؛ فهل يلزمه إخبار المريض بذلك، خاصة إذا كان من ينوبون عنه من المتدربين؟

لا شك أن من حق المريض أن يعرف من الذي سيقوم بالإجراء الطبي، ودرجة كفاءته لتتم الموافقة على بصيرة بهذا الأمر، ومن هنا وجب على الطبيب المعالج توضيح ذلك للمريض قبل الإجراء الطبي، خاصة الاجرات الجراحية، وأن يبين للمريض مدى الإشراف الذي سيحصل عليه المساعد أو المتدرب، وأن يكون متحملاً للمسؤولية تحملًا كاملًا.

---

(١) الزرقا، أحمد: شرح القواعد الفقهية، ص ١٩٧.
(٢) آل الشيخ مبارك، قيس: التداوي والمسؤولية الطبية، ص٢١١.



الإشهاد على الإذن بالعمل الطبي والتوقيع:

الإذن بالعمل الطبي عقد بين الممارس الصحي والمريض، وهو محتاج إلى التوثيق، والإشهاد أداة للتوثيق، ويحتاج إليه، خاصة عند التنازع، ولذلك شرع عند التبايع والتداين وغيرهما قال تعالى: ﴿ وَأَشْهِدُواْ ذَوَىْ عَدْلٍ مِّنكُمْ وَأَقِيمُواْ ٱلشَّهَٰدَةَ لِلَّهِ ﴾ (الطلاق، ٢).

والسؤال: هل يجب الإشهاد على إذن المريض؟ أم أن التوقيع على وثيقة الإذن كافٍ في هذه الحالة؟

وجوابًا على هذا السؤال نقول: إن حسم مادة التنازع أمر مطلوب حتى في مجال العمل الطبي، ويمكن أن يكتفى بتوقيع المريض على نموذج الإذن أو الإقرار والموافقة، لكن الإشهاد عليه يضيف توثيقاً أكثر. والمعروف واقعاً أن بعض المستشفيات تضيف الإشهاد على الإذن الطبي بشكل روتيني. وقد يكون احيانًا من الصعب الإشهاد على الإذن الطبي إلا بواسطة أحد أعضاء الفريق الطبي [١] وقد تختلف الوقائع عند التنازع، فيعتمد على الإشهاد بدرجة أكبر في حالات دون أخرى.

ويمكن أن يقال: إن الإشهاد يتأكد في حالة كون العمل الطبي ذا خطورة، وقد يتغاضى عنه في حال كون العمل الطبي يسيرًا [٢]

وعمومًا نرى أن الأفضل الإشهاد على الإذن الطبي ولو بشاهد واحد، وهو

---

(١) الجرعي، عبد الرحمن: مرجع سابق، ص٥٤.

(٢) السهلي، محمد مطر.١٨٦٢. كتاب بديا .https://mksq.journals.ekb.eg/article_7795_cae9a2b458878d29416b40cc3d4ba563.pdf

الأيسر؛ إلا في الحالات التي يتعذر فيها الإشهاد، فيكتفى بتوقيع المريض أو وليه طالما أنه يمتلك الأهلية للتوقيع.

الكتابة في ملف المريض:

قد يكون من المستحسن لزيادة التوثيق أن يكتب الطبيب الذي تولى أخذ إذن المريض بالعمل الطبي توثيقاً في ملفه الطبي عن إذنه بالعمل الطبي، وقد يستفاد منه عند الحاجة، خاصة إذا لم يكن هناك شهود على الإذن بالعمل الطبي.

***

مـــلاحق

ملاحق

قرار رقم ١٨٤ (١٠/١٩) بشأن الإذن في العمليات الجراحية المستعجلة

إن مجلس مجمع الفقه الإسلامي الدولي المنبثق عن منظمة المؤتمر الإسلامي المنعقد في دورته التاسعة عشرة في إمارة الشارقة (دولة الإمارات العربية المتحدة) من ١ إلى ٥ جمادى الأولى ١٤٣٠هـ، الموافق ٢٦ – ٣٠ نيسان (أبريل) ٢٠٠٩م.

قرر ما يأتي:

(١) يقصد بالحالات المستعجلة: الحالات المرضية التي تستدعي إجراء عمل علاجي أو جراحي دون أي تأخير، نظراً لخطورة الوضع الصحي الذي يعاني منه المريض إنقاذاً لحياته أو منعاً لتلف عضو من أعضائه من مثل:

(أ) الحالات التي تتطلب إجراء ولادة قيصرية إنقاذاً لحياة الأم أو الجنين أو هما معاً، كما في حالة التفاف الحبل السري، وحالة التمزق الرحمي عند الأم أثناء الولادة.

(ب) الحالات التي تتطلب إجراء جراحة ضرورية كما في حالة الزائدة الملتهبة.

(ج) الحالات التي تتطلب إجراء علاجياً معيناً من مثل غسيل الكلى ونقل الدم.

(٢) إذا كان المريض كامل الأهلية وتام الوعي ولديه قدرة على الاستيعاب واتخاذ القرار دون إكراه، وقرر الأطباء أن حالته مستعجلة، وأن حاجته لإجراء علاجي أو جراحي أصبحت أمراً ضرورياً؛ فإن إعطاء الإذن بعلاجه واجب شرعاً يأثم المريض بتركه.

ويجوز للطبيب إجراء التدخل العلاجي اللازم إنقاذاً لحياة المريض استناداً لأحكام الضرورة في الشريعة.

(٣) إذا كان المريض ناقص الأهلية ورفض وليه إعطاء الإذن الطبي لعلاجه في الحالات المستعجلة فلا يعتد برفضه، وينتقل الحق في الإذن إلى ولي الأمر أو من ينيبه من الجهات المختصة في الدولة.

(٤) إذا كانت الجراحة القيصرية ضرورية لإنقاذ حياة الجنين أو الأم أو هما معًا، ورفض الزوجان أو أحدهما الإذن بذلك، فلا يعتد بهذا الرفض، وينتقل الحق بذلك إلى ولي الأمر أو من ينيبه في إجراء هذه الجراحة.

(٥) يشترط للتدخل الطبي في الحالات المستعجلة ما يأتي:

(أ) أن يشرح الطبيب للمريض أو وليه أهمية العلاج الطبي وخطورة الحالة المرضية والآثار المترتبة على رفضه، وفي حالة الإصرار على الرفض يقوم الطبيب بتوثيق ذلك.

(ب) أن يقوم الطبيب ببذل جهد كبير لإقناع المريض وأهله للرجوع عن رفضه للإذن تفادياً لتردي حالته.

(ج) يتولى فريق طبي لا يقل عن ثلاثة أطباء استشاريين، على ألا يكون الطبيب المعالج من بينهم، بالتأكد من تشخيص المرض والعلاج المقترح له مع إعداد محضر بذلك موقع عليه من الفريق، وإعلام إدارة المستشفى بذلك.

(د) أن تكون المعالجة مجانية، أو تقوم إحدى الجهات المحايدة بتقدير التكلفة.

ويوصي المجمع:

- ❖ حكومات الدول الإسلامية بوضع تشريع ينظم ممارسة العمل الطبي في كافة الحالات المرضية الإسعافية والمستعجلة، بحيث يتم تطبيق قرارات المجمع في الأمور الطبية.
- ❖ العمل على توعية المريض توعية صحية لتفادي مثل هذه المواقف حرصًا على حياته.

والله أعلم.

نظام مزاولة المهن الصحية بالمملكة

المادة التاسعة عشرة: يجب ألا يجرى أي عمل طبي لمريض إلا برضاه، أو بموافقة من يمثله أو ولي أمره إذا لم يعتد بإرادته هو. **واستثناء من ذلك يجب على الممارس الصحي – في حالات الحوادث أو الطوارئ أو الحالات المرضية الحرجة**

التي تستدعي تدخلاً طبياً بصفة فورية أو ضرورية لإنقاذ حياة المصاب أو إنقاذ عضو من أعضائه، أو تلافي ضرر بالغ ينتج من تأخير التدخل، وتعذر الحصول على موافقة المريض أو من يمثله أو ولي أمره في الوقت المناسب - إجراء العمل الطبي دون انتظار الحصول على تلك الموافقة. ولا يجوز بأي حال من الأحوال إنهاء حياة أي مريض ميؤوس من شفائه طبياً، ولو كان بناء على طلبه أو طلب ذويه.

اللائحة:

19-1 -تؤخذ موافقة المريض البالغ العاقـل ً سـواء كان ً رجا أو امرأة أو من يمثله إذا كان ال يعتد بإرادته قبل القيام بالعمل الطبي أو الجراحـــي وذلك تماشـيًا مع مضمون خطاب المقام السـامي رقـم ٤/٢٤٢٨/م وتاريـخ ٢٩/٧/١٤٠٤هــ المبنـي على قـرار هيئة كبار العلمـاء رقـم ١١٩وتاريخ: ٢٦/٥/١٤٠٤هـ.

❊❊❊

الفصل السادس:

حفظ أسرار المرضى وخصوصياتهم

حفظ أسرار المرضى وخصوصياتهم

الحالات

الحالة الأولى

أتى شخص إلى طبيب الامتياز في جناح النساء والولادة، وسأله عن إحدى المريضات، وناقشه عن حالتها، وكان النقاش جادًا، ثم لما ذهب الشخص سأله زميله: هل تعرف هذا الرجل الذي سألك؟

فأجاب طبيب الامتياز: لا. فسأله زميله مستغربًا: إذن لماذا ناقشته في الحالة؟ فقال بابتسامة ساخرة: هو الذي سألني، فمن المؤكد أنه يعرفها. بعد مضي وقت قصير أتى رجل آخر، وسأل طبيب الامتياز عن نفس المريضة فأجاب طبيب الامتياز: لقد أخبرت أخاك للتو عن حالتها. فرد الرجل: أنا الابن الوحيد للمريضة، وغضب لإفشاء معلومات حساسة وسرية عن والدته لشخص لا يعرفه.

الحالة الثانية

شاب يبلغ من العمر ١٧ سنة زارك في العيادة، وعلمت أنه يدخن، وأن لديه علاقات محرمة، فقمتَ بعمل فحوص للأمراض المنقولة جنسيًا بما فيها فيروس الأيدز. بعد أسبوع زارك والده في العيادة وسألك عن نتائج فحوص أبنه؛ فكيف ستتصرف؟

الحالة الثالثة

المريض (س) يبلغ من العمل ٣٥ سنة، زار العيادة لمتابعة فحوصاته. وجدت أنه مصاب بمرض نقص المناعة المكتسب، وبعد إخباره بالتشخيص طلب منك عدم إخبار زوجته، وقال بوضوح: إنه لن يخبرها خوفًا من الفضيحة.

الحالة الرابعة

رجل يبلغ من العمر ٦٣ عامًا، أصيب بنوبة قلبية شديدة، ووضعه الصحي ينبئ بمضاعفات، ومآل مرضه سيئ. طلب منك عدم إخبار زوجته عن وضعه الصحي.

قابلتك زوجته وسألتك عن وضعه الصحي ومآل مرضه؛ ما الخيارات المتاحة أمامك؟

ماذا سيكون قرارك؟ وعلى أي أساس بنيته؟

مقدمة:

يطلع الأطباء والممارسون الصحيون الآخرون على معلومات كثيرة يفضي بها المرضى إليهم، لتساعدهم على استكمال العمل الطبي من حيث التشخيص والعلاج وغيرها، مما يجعل الممارسين الصحيين في مقام المؤتمن على هذه المعلومات وما اطلعوا عليه من خصوصيات.

وفي هذا الفصل سنناقش هذه القضية من الناحية الشرعية والأخلاقية، ضمن المسائل الآتية:

١- مفهوم السر ومعناه من حيث اللغة والإصطلاح، والمعاني المتعلقة به.

٢- أهمية حفظ الأسرار من الناحية الشرعية الأخلاقية.

٣- الرؤية الشرعية والأخلاقية لحفظ الأسرار.

٤- السر الطبي ميزاته، ونطاقه والملزمون به وخصوصيته.

٥- حكم إفشاء أسرار المرضى.

٦- الاستثناءات في إفشاء سر المريض.

٧- حفظ الخصوصية.

تمهيد

يُعبَر عن الأسرار المتعلقة بالمرضى بـ "السر الطبي"، وأنا لا أستحسنه، فنسبة السر إلى الطب – من وجهة نظري – تجاوز لغوي، والأصح – في رأيي – أسرار المرضى أو الأسرار المتعلقة بالمرضى. ومن باب متابعة الأغلب، ولا مشاحة في الاصطلاح، وسنستخدم السر الطبي للتعبير عن أسرار المرضى.

مفهوم السر ومعناه:

السر لغة: ما خفي أو يُراد كتمانه.

قال ابن منظور في لسان العرب: "السر: ما أخفيت"، وقال: " السر: ما أسررت".

وأسر الشيء: كتمه، وسررته: أعلنته [1]، قال تعالى: ﴿وَأَسِرُّوا۟ قَوْلَكُمْ أَوِ ٱجْهَرُوا۟ بِهِۦٓ إِنَّهُۥ عَلِيمٌۢ بِذَاتِ ٱلصُّدُورِ ﴿١٣﴾﴾ (الملك:١٣)، أسروا أي أخفوه أو اكتموه..

---

(١) إبن منظور، لسان العرب، ص ١٩٨٩ ط دار المعارف، مكتبة نور norr-book.com.

وقوله تعالى: ﴿ وَقَالَ ٱلَّذِينَ ٱسْتُضْعِفُوا۟ لِلَّذِينَ ٱسْتَكْبَرُوا۟ بَلْ مَكْرُ ٱلَّيْلِ وَٱلنَّهَارِ إِذْ تَأْمُرُونَنَآ أَن نَّكْفُرَ بِٱللَّهِ وَنَجْعَلَ لَهُۥٓ أَندَادًا ۚ وَأَسَرُّوا۟ ٱلنَّدَامَةَ لَمَّا رَأَوُا۟ ٱلْعَذَابَ وَجَعَلْنَا ٱلْأَغْلَـٰلَ فِىٓ أَعْنَاقِ ٱلَّذِينَ كَفَرُوا۟ ۚ هَلْ يُجْزَوْنَ إِلَّا مَا كَانُوا۟ يَعْمَلُونَ ﴿٣٣﴾ ﴾ (سبأ: ٣٣)، وهنا أسروا الندامة أي أخفوها، أو أظهروها. [١]

معنى السر اصطلاحاً:

قيل هو: "الحديث المكتتم في النفس". [٢]

وهو هنا لا يختلف عن المعنى اللغوي، إذ هو بمعنى الإخفاء والكتمان وعدم الإظهار.

ويقول الطبيب والمؤرخ ابن أبي أصيبعة (٥٩٦ ـ ٦٦٨هـ، ١٢٠٠ ـ ١٢٦٠م) في كتابه "عيون الأنباء في طبقات الأطباء": إن السر هو ما لا يجوز إفشاؤه، ولا فرق في ذلك بين ما سمعه الطبيب أو علم به مما تقتضي الأعراف ستره في الزمان والمكان ".[٣] انتهى كلامه.

وجاء في قسم أبقراط: " وأما الأشياء التي أعاينها في أوقات علاج المرضى أو أسمعها، في غير أوقات علاجهم في تصرف الناس من الأشياء التي لا ينطق بها خارجاً فأمسك عنها، وأرى أن أمثالها لا ينطق به[٤]. انتهى.

ولم يختلف تعريف الفقهاء عن التعريف اللغوي، فقد قيل: إنه ما يكتم، أو

---

(١) البغوي، الحسين بن مسعود. تفسير البغوي. معالم التنزيل. تفسيرسورة سبأ، ص ٤٠١.
(٢) المناوي، عبد الرؤوف. التوقيف في مهمات التعاريف، ص ١٩٣.
(٣) ابن أبي أصيبعة. عيون الأنباء في طبقات الأطباء.
(٤) ابن أبي أصيبعة. قسم أبوقراط، ص ٢٨.

ما "يكتمه الإنسان"[١]. وقد عرِّف السر بعدة تعريفات نختار منها تعريف مجمع الفقة الإسلامي، وهو:

" ما يفضي به الإنسان إلى آخر مستكتمًا إياه من قبل أو من بعد (أي طالباً كتمانه)، ويشمل ما حفت به قرائن دالة على طلب الكتمان إذا كان العرف يقضي بكتمانه، كما يشمل خصوصيات الإنسان وعيوبه التي يكره أن يطلع عليها الناس"[٢].

أما السر الطبي خصوصًا، فيمكن تعريفه بأنه: "ما يفضي به المريض أو أهله إلى الطبيب أو الممارسين الصحيين الآخرين أو ما يطلعون عليه، مما له علاقة بمرضه أو بحياته عموماً في أثناء ممارستهم لمهنتهم أو بسببها، ويقضي العرف بكتمانه إلا لحاجة أو ضرورة، ويشمل ذلك خصوصيات المريض وعيوبه التي يكره أن يطلع عليها الناس، حتى لو لم يطلب المريض وأهله كتمانها، وسواء أحدث الإفشاء ضرراً أم لا".

وذلك أن الأسرار التي تصل إلى الممارسين الصحيين ليست كلها مما يفضي به المريض إليهم مباشرة، فقد يطلعون عليه بحكم اطلاعهم على الملفات الطبية أو التقارير أو غيرها من المصادر.

---

(١) الجدعاني. حامد بن مده. السر الطبي بين الأطباء والفقهاء ص ٨٤٩.

(٢) مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم ٧٩ (٨/ ١٠/ ١).

مفاهيم تتعلق بالأسرار:

من المفاهيم المهمة التي تتعلق بالأسرار ما يأتي:

١- الإفشاء:

ومعناه من حيث اللغة: الإذاعة والانتشار، وفشا أي ظهر، ومنه إفشاء السر. [١]

ويُقصد به نشر السر، وإطلاع الغيرعليه.

٢- الكتمان:

يدل على إخفاء وستر، ومن ذلك كتمت الحديث كتماً وكتمانًا،[٢] وكتم الخبر " أخفاه ولم يفشه، وكان شديد التحفظ عليه. [٣]

ومعناه اصطلاحاً: إخفاء المعلومات التي تعد سراً، وسترها عن الوصول لغيره سواء كان صديقاً أو عدواً[٤]، وقيل: ستر الحديث [٥].

وقيل: ضبط النفس ضد دوافع التعبير عما يختلج فيها. [٦]

---

(١) ابن منظور: مرجع سابق، ابن فارس. معجم مقاييس اللغة ج٤ ص، ٥٠٤، ولسان العرب. باب الفاء (موقع aljawab.) https://2u.pw/8ku5s.

(٢) ابن فارس: المرجع السابق ج ٥، ص ١٥٧.

(٣) عمر أحمد مختار معجم اللغة العربية المعاصرة ص ١٩٠٦ ج١ عالم الكتب القاهرة ط١ ٢٠٠٨م.

(٤) بوقفة، أحمد. إفشاء سر المريض دراسة مقارنة، ص ٧٥.

(٥) الراغب الأصفهاني. المفردات في غريب القرآن، ص ٧٠٢.

(٦) الميداني، عبد الرحمن. الأخلاق الإسلامية ج٢، ص ٣٤٤.

بماذا تتعلق الأسرار؟

تتعلق الأسرار التي يفضي بها المرضى إلى الأطباء بأمور كثيرة في حياتهم، ومنها:

١- **المرض**: فكثير من المعلومات التي يستقصيها الطبيب تتعلق بحالة المريض الصحية، والأعراض التي يشكو منها، ومضاعفات الأمراض إن وجدت.

٢- **التاريخ العائلي**: يحتاج الطبيب إلى أن يعرف طرفًا من تاريخ المريض العائلي من حيث الأمراض الوراثية مثلًا أو غيرها، أو الحياة العائلية عمومًا.

٣- السلوك الديني والاجتماعي والحالة النفسية: قد يطلع الطبيب على جوانب من حياة المريض الدينية والاجتماعية سواء استقصاها بنفسه أو اطلع عليها عرضًا، ومنها ما يكون له أثر في حالة المريض الصحية، وكذلك يطلع الطبيب على النواحي النفسية في حياة المريض مما قد يخفى على الآخرين. وقد يطلع الطبيب على نوايا بعض المرضى الإجرامية أو ما ارتكبوه من جرائم فيما مضى.

الرؤية الشرعية لحفظ الأسرار:

يمكن النظر إلى موضوع حفظ الأسرار من الناحية الشرعية ضمن الأصول الآتية:

١- ما ورد من نصوص شرعية تبين أن الأصل هو حفظ السر وعدم إفشائه.

٢- أداء الأمانة والوفاء بالعهد، فالسر وديعة وأمانة عند من اؤتمن عليه.

٣- واجب الستر وما ورد فيه من نصوص شرعية، وهو داخل في حفظ السر.

٤- تحريم الغيبة، وإفشاء الأسرار لا يخلو من الغيبة في كثير من الأحيان.

٥- قاعدة الضرر، إذ يحدث في كثير من الأحيان وقوع الضرر على من أُفشي سره.

٦- مايقتضيه حسن التعامل مع الآخرين.

٧- تعزيز الثقة.

وفيما يأتي نناقش هذه الأصول بشيء من التفصيل:

أولًا: النصوص الشرعية الواردة في حفظ السر وكتمانه، ومنها ما يأتي:

١- عن أنس رضي الله عنه قال: أَتَى عَلَيَّ رَسولُ الله ﷺ، وَأَنَا أَلْعَبُ مع الغِلْمَانِ، قالَ: فَسَلَّمَ عَلَيْنَا، فَبَعَثَنِي إلى حَاجَةٍ، فأبْطَأْتُ علَى أُمِّي، فَلَمَّا جِئْتُ قالَتْ: ما حَبَسَكَ؟ قُلتُ بَعَثَنِي رَسولُ الله ﷺ لِحَاجَةٍ، قالَتْ: ما حَاجَتُهُ؟ قُلتُ: إنَّهَا سِرٌّ، قالَتْ: لا تُحَدِّثَنَّ بسِرِّ رَسولِ الله ﷺ أَحَدًا ".(١)

---

(١) صحيح مسلم، الرقم 2482 :الدرر السنية. https://dorar.net/hadith/sharh/43580 .

٢- ما رواه جابر بن عبد الله رضي الله عنهما أن رسول الله ﷺ قال: «إذا حدث الرجل بالحديث ثم التفت فهي أمانة». [(١)]

وقد يكون الالتفات كناية عن أنه لا يريد أن يطلع على سره أحد، ويتأكد من خلو المكان ممن يمكن أن يطلع عليه، أو يكون كناية عن أنه إذا غادر المكان، فما استودعه عند من سمعه أمانة لا يجوز له إفشاؤها.

٣- ما روته أم المؤمنين عائشة رضي الله عنها قالت: أقبلت فاطمة تمشي كأن مشيتها مشي النبي ﷺ، فقال النبي ﷺ: مرحباً يا ابنتي، ثم أجلسها عن يمينه – أو عن شماله – ثم أسر إليها حديثاً فبكت، فقلت لها: لم تبكين؟ ثم أسر إليها حديثاً فضحكت، فقلت: ما رأيت كاليوم فرحاً أقرب من حزن، فسألتها عما قال، فقالت: ما كنت لأفشي سر رسول الله ﷺ، حتى قبض النبي ﷺ فسألتها، فقالت: أسر إلى أن جبريل كان يعارضني القرآن كل سنة مرة، وأنه عارضني العام مرتين، ولا أراه إلا حضر أجلي، وإنك أول أهل بيتي لحاقاً بي، فبكيت. فقال: أما ترضين أن تكوني سيدة نساء أهل الجنة – أو نساء المؤمنين– فضحكت لذلك. [(٢)]

---

(١) رواه أبو داود (٤٨٦٨)، والترمذي (١٩٥٩)، وأحمد (٣/ ٣٧٩) (١٥١٠٤). وحسنه الترمذي، والألباني في ((صحيح الجامع)).(486) . https://2u.pw/daPNL .

(٢) رواه البخاري(3623) . الدرر السنية. https://2u.pw/XVHMW .

والشاهد من الحديث أن فاطمة رضي الله عنها أدركت أنه لا يجوز لها أن تفشي سر رسول الله ﷺ. فلو كان يريد من زوجاته أن يطلعن على ما قاله لفاطمة، لما احتاج أن يقول لها سراً، ثم بعد وفاة رسول الله ﷺ أخبرت فاطمة بهذا السر، حيث زالت دواعي بقائه سرًا.

٤- حديث عبد الله بن عمر رضي الله عنهما: أن عمر بن الخطاب – رضي الله عنه – حين تأيمت حفصة لقيت عثمان بن عفان، فعرضت عليه حفصة.. وذكر الحديث ...، إلى أن قال أبو بكر رضي الله عنه:" فلم أكن لأفشي سر رسول الله ﷺ". [١]

فدل ذلك على وجوب حفظ الأسرار وعدم إفشائها. قال ابن حجر – رحمه الله – وفيه: " فضل كتمان السر، فإذا أظهره صاحبه، ارتفع الحرج عمن سمعه. [٢]

فدلت هذه الأحاديث على أن الأصل هو حفظ السر وكتمانه.

ثانيًا: أداء الأمانة والوفاء بالعهد:

يقول الله عز وجل: ﴿ ۞ إِنَّ ٱللَّهَ يَأۡمُرُكُمۡ أَن تُؤَدُّواْ ٱلۡأَمَٰنَٰتِ إِلَىٰٓ أَهۡلِهَا وَإِذَا حَكَمۡتُم بَيۡنَ ٱلنَّاسِ أَن تَحۡكُمُواْ بِٱلۡعَدۡلِۚ إِنَّ ٱللَّهَ نِعِمَّا يَعِظُكُم بِهِۦٓۗ إِنَّ ٱللَّهَ كَانَ سَمِيعَۢا بَصِيرٗا ﴿٥٨﴾ ﴾ (النساء: ٥٨).

وقال عز وجل: ﴿ وَلَا تَقۡرَبُواْ مَالَ ٱلۡيَتِيمِ إِلَّا بِٱلَّتِي هِيَ أَحۡسَنُ حَتَّىٰ يَبۡلُغَ أَشُدَّهُۥۚ وَأَوۡفُواْ

(١) رواه البخاري(4005) . الدرر السنية. https://2u.pw/Gba6u .
(٢) ابن حجر، فتح الباري في شرح صحيح البخاري، ص ٩/ ٢٢٢

بِٱلْعَهْدِۖ إِنَّ ٱلْعَهْدَ كَانَ مَسْـُٔولًا ﴿٣٤﴾ (الإسراء: ٣٤). وحفظ السر أداء للأمانة، ووفاء بالعهد.

ثالثًا: واجب الستر:

الأصل في الشريعة الإسلامية التأكيد على الستر، وعدم كشف العورات إلا بموجب شرعي، ويدل على ذلك الأحاديث الآتية:

١- **قول الرسول ﷺ: «من ستر مسلماً ستره الله في الدنيا والآخرة».**[(١)]

٢- **قوله ﷺ: «من ستر عورة اخيه المسلم ستر الله عورته يوم القيامة، ومن كشف عورة أخيه، كشف الله عورته حتى يفضحه بها في بيته».**[(٢)]

وقد يكون السر الذي أؤتمن عليه الإنسان أمراً عاماً، وقد يكون عورة مما لا يجوز للإنسان أن يطلع عليه أحدًا أو أن يفشيه للآخرين. ويشمل ذلك الستر البدني، والستر المعنوي، فلا يظهر عيوبه الجسدية ولا المعنوية.

رابعاً: تحريم الغيبة:

قد يدخل إفشاء الأسرار في باب الغيبة، خاصة إذا ذُكر الإنسان بما يكره.

---

(١) اخرجه مسلم في صحيحه (٥٣/ ١١٥٠ برقم ٤٨١٩ جامع السنة وشروحها. https://cutt.us/PZvJb

(٢) رواه ابن ماجه (٢٠٧٩). قال البوصيري في ((زوائد ابن ماجه)) (٢/ ٦٤): إسناده فيه مقال.. وله شاهد، وقال الهيتمي في ((الزواجر)) (٢/ ١٢٦): إسناده حسن، وصححه الألباني في ((صحيح سنن ابن ماجه)). https://2u.pw/tl4RM https://dorar.net/aqadia/4153/%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B7%D9%84%D8%A8-%D8%A7%D9%84%D8%B3%D8%A7%D8%AF%D8%B3:-%D8%B3%D8%AA%D8%B1-%D8%A7%D9%84%D8%B9%D9%88%D8%B1%D8%A7%D8%AA-%D9%88%D8%A7%D9%84%D8%B9%D9%8A%D9%88%D8%A8

فقد علمنا الرسول ﷺ معنى الغيبة فقال: «**ذكرك أخاك بما يكره**» [١]، وهي محرمة شرعاً، فقد قال الله عز وجل: ﴿يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ ٱجۡتَنِبُواْ كَثِيرٗا مِّنَ ٱلظَّنِّ إِنَّ بَعۡضَ ٱلظَّنِّ إِثۡمٞۖ وَلَا تَجَسَّسُواْ وَلَا يَغۡتَب بَّعۡضُكُم بَعۡضًاۚ أَيُحِبُّ أَحَدُكُمۡ أَن يَأۡكُلَ لَحۡمَ أَخِيهِ مَيۡتٗا فَكَرِهۡتُمُوهُۚ وَٱتَّقُواْ ٱللَّهَۚ إِنَّ ٱللَّهَ تَوَّابٞ رَّحِيمٞ ١٢﴾ (الحجرات: ١٢).

فإذا أفشي من أسرار الإنسان ما يكره ذكره فهو غيبة محرمة.

خامساً: ما يكون من الضرر

فقد يقع ضرر على من أُفشي سره. وإيقاع الضرر محرم في الشريعة الإسلامية. يقول الرسول ﷺ: «**لا ضرر ولا ضرار**»[٢]، وهي قاعدة شرعية معروفة مشهورة.

سادساً: ما يقتضيه حسن التعامل مع الآخرين

يقتضي حسن المعاملة، والمروءة، حفظ أسرار الناس وعدم إفشائها، فكما أن الإنسان لا يحب أن تفشى أسراره، فكذلك الآخرون لا يحبون أن تفشى أسرارهم. وقد أجمع العقلاء والحكماء على أن إفشاء الأسرار خلق سيئ يجب الابتعاد عنه في كل الأوقات، وكما يقال: "عامل الناس بما تحب أن يعاملوك"، فكل إنسان لا يحب أن تفشى أسراره.

---

(١) رواه مسلم. (2589) الدرر السنية. _ https://www.dorar.net/hadith/sharh/17188

(٢) لألباني |المصدر : صحيح ابن ماجه الصفحة أو الرقم | 1909 :خلاصة حكم المحدث : صحيح.الدرر السنية https://www.dorar.net/hadith/sharh/85582

وأبلغ من هذا وأكثر تأثيرًا قوله ﷺ: «**لا يؤمن أحدكم حتى يحب لأخيه ما يحب لنفسه**»، متفق عليه.[١]

فمن تمام الإيمان أن يحب الإنسان للآخرين ما يحبه لنفسه، ومنها دون شك حفظ الأسرار. كما أن من صفات الطبيب المحمودة حفظ الأسرار.

سابعًا: تعزيز الثقة

من المعلوم أن الناس عمومًا يثقون بالطبيب، ولذا فإنهم يفضون إليه بأسرارهم، وقد يخفونها عن أقرب الناس إليهم، وعلى الطبيب أن يكون على قدر المسؤولية والأمانة.

وإذا علم الناس من حال الأطباء أنهم يفشون الأسرار فإن ثقتهم بهم تتزعزع دون شك، وقد يخفون عن الأطباء معلومات مهمة حتى مما له علاقة بحالتهم الطبية، ولذلك أثر في القرار الطبي.

يقول الطبيب **محمد بن زكريا الرازي** في رسالته «أخلاق الطبيب»: «واعلم يا بني، أنه ينبغي للطبيب أن يكون رفيقاً بالناس، **حافظاً لغيبهم، كتوماً لأسرارهم، لاسيما أسرار مخدومه – أي مريضه** – فإنه ربما يكون ببعض الناس من المرض ما يكتمه من أخص الناس به مثل أبيه وأمه وولده، **وإنما يكتمونه خواصهم، ويفشونه إلى الطبيب**».[٢]

---

(١) اخرجه البخاري في صحيحه (٣٦٣٨/٨٩ برقم ٦٥٧٥ ، ومسلم في صحيحه (١٦/٨ برقم ٩٤
https://2u.pw/vxf4Q

(٢) الرازي، أبوبكر. أخلاق الطبيب، ص ٢٧. تقديم وتحقيق عبد اللطيف محمد العبد. مكتبة دار التراث، ط١، ١٣٩٧ هـ-١٩٧٧ م.



حفظ السر في المجال الطبي (السر الطبي):

سنعرض الحديث عن السر الطبي من خلال العناوين الآتية:

١- خصوصية السر الطبي.

٢- أساس الالتزام بالسر الطبي.

٣- نطاق السر الطبي.

٤- حكم كشف الأسرار وافشائها.

٥- الحالات التي يجوز فيها كشف الأسرار.

أولاً: خصوصية السر الطبي

تتمثل خصوصية السر الطبي، في أنه متعلق بالمريض الذي هو غالباً في حالة ضعف، يحمل شكواه إلى الطبيب، ويفضي إليه بأسراره ثقة به، ويفترض أن الطبيب مؤتمن على هذه الأسرار ولن يفشيها لأحد بحكم مهنته والتزامه بالقسم الطبي على عدم إفشاء أسرار مرضاه. ومن هنا تتأكد أهمية الحفاظ على أسرار المرضى وعدم إفشائها.

ويتميز السر الطبي بأن دواعي إفشائه كثيرة، إذ يشارك في رعاية المريض عدد من الممارسين الصحيين، ولا تتم رعايته كاملة إلا بذكر بعض أسراره لمن يشارك في رعايته.

ثانياً: أساس الالتزام بالسر الطبي

في البدء لا بد من التقرير بأن التزام الطبيب بحفظ سر المريض ورعاية خصوصيته هو التزام شرعي، وأخلاقي، كما أنه التزام قانوني تبعاً للالتزام الشرعي الأخلاقي.

فإذا كان الشرع الحنيف – كما مر معنا – يتشوف دائماً إلى حفظ السر وستر العورات؛ فإن الأطباء والممارسين الصحيين ليسوا استثناءً، إذ يجب عليهم حفظ الأسرار.

ولقد نظر الباحثون إلى أساس الالتزام بالسر الطبي في عدة إتجاهات، وهي:

الاتجاه الأول: يرى أن أساس الإلتزام بالسر الطبي هو عقد العلاج، فحفظ السر من مستلزمات العقد بين الطبيب والمريض. وقال بعضهم إن طبيعة عقد السر الطبي هو عقد وديعة، فكأن المريض أودع سره لدى الطبيب، فلا بد من حفظه. [(١)]

الاتجاه الثاني: أن أساس الالتزام بالسر الطبي هوالنظام العام الذي يقضي بأن إفشاء أسرار المرضى له ضرر كبير على المجتمع، فإذا لم يحفظ الطبيب الأسرار، أو تهاون في إفشائها فإن المرضى سيحجمون عن الإفصاح عن أسرار لها أهمية في العمل الطبي، مما سيؤثر سلباً في علاج المريض، وحماية المجتمع. [(٢)]

---

(١) الجدعاني، حامد. مرجع سابع، ص ٨٦٥.
الترمانيني، عبد السلام. السر الطبي. مجلة الحقوق والشريعة بجامعة الكويت. مجلد ٥، عدد ٢، ص ٤١-٤٢.
(٢) الجدعاني، مرجع سابق ص ٨٦٦.

الاتجاه الثالث: أن أساس الإلتزام بالسر الطبي هو المصلحة.

ومعناه أن فرض كتمان السر الطبي مصلحة راجحة. وقد تتعارض مع مصلحة أهم وأعلى وهي مصلحة المجتمع، ومن هنا أُبيح إفشاء السر في هذه الحالة.[١]

وهناك اتجاهات أخرى نرى أن لا ضرورة لذكرها هنا.

ولم تسلم هذه الاتجاهات المذكورة من النقد والمآخذ عليها. ونؤيد ما ذهب إليه بعض الباحثين من أن أساس الالتزام بالسر الطبي وحفظه وعدم إفشائه ينطلق من منطلقات شرعية أخلاقية.

حيث توجب الشريعة الإسلامية حفظ الأسرار استدلالاً بالأدلة الشرعية التي ذكرناها، والتزاماً بالأمانة، وحفظ العهود، واستشعاراً للمسؤولية الملقاة على عاتق الطبيب، وإنفاذاً للقسم الطبي – في حالة أداء القسم – وهذا ما تطمئن إليه النفس، ويرتاح له الضمير.[٢]

ثالثاً: نطاق السر الطبي

ويُقصد به بيان مفهوم السر الطبي، ومعيار تحديده.

وهناك عدة أقوال للباحثين في هذا المجال، منها:

---

(١) الجدعاني. المصدر السابق ص ٨٦٧.

(٢) انظر: الجدعاني. مرجع سابق ص ٨٦٨.

١- مرجعية العرف:

ويقصد بذلك أن يُحدد كون الأمر سراً أم لا، بناءً على أعراف الناس، فما عدُّوه سراً فهو سر، وما لا، فلا [١]. وتبقى إشكالية تحديد العُرف، ومن الذي يحدده. والذي نراه – والله أعلم – أنه يُحدَد من خلال المختصين بالمجالات الشرعية والقانونية والطبية، وقد يُستأنس بدراسات ميدانية تساعد على تحديد هذا العرف.

ومن الناحية الشرعية – وفي ظل غياب تحديد شرعي واضح لنطاق السر الطبي – فإن العُرف أو العادة معتبرة شرعاً، فكما هو معروف فإن هناك قاعدة شرعية تقول:" العادة محكمة"، ويعني ذلك أن العادة تجعل حكمًا لإثبات حكم شرعي لم ينص عليه، ولا يوجد نص يخالفه. [٢]

وذهب بعض الباحثين إلى أن المريض هو الذي يُقدِّر هذا الأمر، إذ هو صاحب الشأن فيه، فوصف السر يتوقف عليه. [٣] وهذا يقوي جانب المريض، كما أنه قد يجعل الحرج على الطبيب أكثر.

٢- نظرية الضرر:

ومعنى ذلك أن المسؤولية عن إفشاء السر ترتبط بالضرر. فإذا كان الإفشاء

(١) انظر: الجدعاني. مرجع سابق ص ٨٦٠.
(٢) الزرقا، أحمد بن الشيخ محمد. شرح القواعد الفقهية، ص٢١٩.
(٣) قايد، أسامة. المسؤولية الجنائية عن إفشاء السر، ص ٣٤.

مُضراً بالمريض وبسمعته وكرامته فهذا هو المعيار الذي يعول عليه في المسؤولية.[١]

٣- التفريق بين الوقائع السرية والوقائع المعروفة من قبل:

فإذا كانت المعلومات والوقائع معروفة من قبل، كأن يكون الإنسان مُصاباً بعاهة ظاهرة ومعروفة للجميع، فيرى أصحاب هذا الرأي أن هذا لا يعد سراً. أما الوقائع التي كانت في الأصل سراً فهذه التي لا يجوز إفشاؤها. فلا يكون الإفشاء جريمة إذا كانت الواقعة معروفة من قبل.[٢]ومع ذلك فإن الحديث عنه زيادة نشر وإيصاله إلى من لا يعرفه، وخصوصًا إذا كان يمس الأعراض والعورات فلا يجوز الحديث به في كل مجلس، ولمن لا يعلم.

٤- تعليق السرية بإرادة صاحب السر:

وينبني على هذا أن يكون صاحب السر –كالمريض وأهله في حالة السر الطبي– هو الذي يحدد ما إذا كان الذي سيفشى سراً أم لا.[٣]

وهنا نؤيد الرأي القائل بأن الأسلم هو الرجوع إلى العرف الجاري في تحديد السر، وإلى ظروف كل حادثة على انفراد، وترك الأمر لاجتهاد الفقهاء والقضاء.[٤]

---

(١) الجدعاني. مرجع سابق ص ٨٦٢.
ابن ادريس، شريف بن أدول. كتمان السر وإفشاؤه في الفقة الإسلامي، ص ٤٥.
(٢) ابن إدريس، شريف بن أدول: مرجع سابق ص ٤٦.
(٣) بوقفة، أحمد. إفشاء سر المريض دراسة مقارنة بين الشريعة والقانون، ص ٨٦.
(٤) ابن ادريس. شريف: مرجع سابق، ص ٤٩.

حكم إفشاء أسرار المرضى:

استناداً إلى الأدلة التي ذكرناها في وجوب كتمان الأسرار، يمكن القول بأنه لا يجوز كشف أسرار المرضى إلا بموجب شرعي.

فقد أجمع الفقهاء على أن الأصل هو وجوب كتمان السر عموماً، وأنه يُحرم إفشاؤه دون مسوغ شرعي معتبر، خاصة إذا تضمن ذلك إلحاق الضرر بصاحب السر. [١]

وقد خرج االفقهاء هذا الحكم على أمرين أساسيين، وهما:

الأول: التخريج على غسل الميت، وأنه لا يجوز للغاسل أن يفشي أسراره. [٢]

يقول الرسول ﷺ: «**من غسل ميتاً فكتم عليه غفر الله له أربعين مرة**». [٣]

فالطبيب مؤتمن كما هو الغاسل، ويجب عليه ستر ما يطلع عليه من أسرار مريضه. [٤]

الثاني: تخريج وجوب حفظ أسرار المرضى وضرورة الاستئذان.

ويعني هذا أن من يفشي سراً أؤتمن عليه فهو آثم بفعله هذا، ومتعد على حقوق المريض. ولا شك أن حفظ سرالمريض من الأخلاق الرفيعة النبيلة التي

---

(١) أبو شاويش، ماهر ذيب، السر الطبي في الشريعة الإسلامية، مجلة جامعة أم القرى لعلوم الشريعة والدراسات الإسلامية، العدد ٦٦، مارس ٢٠١٦م. ص ١٦٧-٢٠.

(٢) جستنيه، هالة محمد. السر الطبي (تاصيلاً وتطبيقاً)، مجلة الجامعة العراقية العدد ٤٠/ ١، ص٢٢٥-٢٧٣.

(٣) الألباني، المصدر : صحيح الترغيب .الصفحة أو الرقم | 3492 :خلاصة حكم المحدث : صحيح. الدرر السنية https://2u.pw/RPx33 .

(٤) جستينية، هالة محمد، المرجع السابق.

يجب أن يتصف بها الطبيب، وأن يكون أهلًا لثقة المريض وذويه، فلا يُباح له كشفها إلا في حالات استثنائية،[1] كما سيأتي. وحفظ الأسرار – هو الذي يتوافق مع مقاصد الشريعة الإسلامية التي تدعو إلى ستر العورات، وعدم تتبعها، وحفظ الأمانة، وصيانة العهد، والوفاء بالمواثيق.[2]

من الذي يجب عليه حفظ السر الطبي؟

في وقتنا المعاصر، لم يعد الطبيب وحده يطلع على أسرار المرضى وخصوصياتهم، فالعمل الطبي يتم من خلال فريق طبي من تخصصات مختلفة، ومن غير الأطباء والفريق الطبي، من يطلع على هذه الأسرار كالعاملين في الإدارة الطبية، وإدارة الجودة وغيرها من الإدارات. ومن هنا يجدر بنا تحديد من الذي يلزمهم حفظ أسرار المرضى؟

وقد اتجهت بعض القوانين إلى حصر الملزمين بحفظ السر الطبي في الأطباء والصيادلة وهيئة التمريض، وتركت للقضاء تحديد بقية الملزمين بحفظ السر حسب الحالة والوضع، بينما اتجهت قوانين أخرى إلى تعميم الإلزام بحفظ السر لكل من وصل إليه بحكم مهنته، مما يعني أن يدخل فيه جميع العاملين الذين يصلهم هذا السر لكونهم يعملون في القطاع الصحي، وليس لأي سبب آخر.[3]

---

(١) جستنية، هالة محمد. المرجع السابق.
(٢) الجدعاني، حامد بن مده. مرجع سابق ص ٨٩٥.
(٣) انظر: الترمانيني، مرجع سابق ص ٤٢-٤٣.
وأدريس شريف بن ادول. مرجع سابق، ص٥٤-٥٥.
والجبير، هاني: مرجع سابق.

وتترتب المسؤولية على إفشاء السر على أي واحد منهم. وأعتقد أن هذا هو الصواب، فكل من يطلع على سر بحكم عمله في المجال الصحي وجب عليه حفظه، وإلا فهو مؤاخذ بإفشائه. ويدخل في هذا كل العاملين في المنشأة الصحية، ممن اطلعوا على أسرار المرضى بحكم عملهم، لكنه يتأكد في حق الفريق الطبي خصوصًا، لكثرة احتكاكهم بالمرضى، وواجبهم الأكبر في رعايته، وعظم مسؤوليتهم.

الاستثناءات في إفشاء السر الطبي

لا شك أن حفظ السر الطبي كما رأينا واجب ديني وأخلاقي، ويقع في صميم أخلاقيات الممارسة الطبية، وتتحقق في حفظه وكتمانه مصالح كثيرة، سواء للمرضى وذويهم أو للممارسين الصحيين، والعلاقة بينهم وبين المرضى وذويهم.

والسؤال هنا: هل يُعد حفظ أسرار المرضى مبدأ أخلاقياً مطلقاً، يجب الالتزام به في كل الأحوال؟ أم أن هناك حالات استثنائية يجوز، بل قد يجب فيها كشف هذه الأسرار؟

ولا نشك لحظة في أن الأصل هو حفظ السر وكتمانه شرعاً، وأخلاقاً، وقانوناً، لكن ليس على الإطلاق، فهناك حالات يجوز فيها إفشاء أسرار المرضى، نورد أسبابها وأمثلتها فيما يأتي:

أولاً: الضرورة

من المعلوم أن الضرورة تبيح إرتكاب المحظور في الشريعة الإسلامية. فإذا

قدر أن هناك ضرورة للإفشاء مثل أن يكون هناك ضرر متوقع، مثل نية قتل نفس، أو الانتحار مثلاً، أو إيقاع الضرر بنفسه أو بالآخرين، فهنا يجوز إفشاء السر دون تردد، دفعاً للضرر. [١]

ومن ذلك ضرورة استشارة مختصين آخرين، إذ لا يمكن أن تتم الإستشارة على وجهها الصحيح، ويتحقق الغرض منها إلا بإطلاع الطبيب المستشار على كل ما توصل إليه من قبله لكي يبني عليه [٢]، والقاعدة الشرعية المشهورة تقول: "ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب". [٣] فواجب التطبيب والعلاج لا يتم على وجه صحيح إلا بهذا الإفشاء، فيصبح واجبًا.

ثانياً: رضا صاحب السر

لا شك أن السر ملك لصاحبه، فهو أولى الناس به، وهو حق له. فإذا تنازل عن حقه، ورضي بإفشاء السرلم يعد سراً، فرضا المريض صاحب السر سبب كافٍ لكشفه دون تحرج. لكن لهذا الرضا شروط لابد من مراعاتها، وهي:

١- أهلية المريض:

فلا اعتبار لإذن قاصر الأهلية كالصغير أو فاقدها، كالمصاب بمرض عقلي، أو مشوش الوعي، فلا بد أن يكون من أذن بإفشاء السر بالغاً عاقلًا. [٤]

٢- أن يكون صادراً عن إدراك سليم وإرادة حرة، لا ضغط فيها عليه، ولا

(١) جستنية، هالة، مرجع سابق، ص ٢٣١. وبوقفه، احمد، مرجع سابق، ص ١٥٨.
(٢) جستنية، هالة محمد، مرجع سابق، ص ٢٣٥-٢٣٦.
(٣) البورنون محمد صدقي. الوجيز في إيضاح قواعد الفقه الكلية، ص ٣٤٢.
(٤) جستنية، هالة محمد، مرجع سابق، ص ٢٣٨.

إكراه لإفشاء السر أو دفعه إلى ذلك دفعاً. [١]

٣- توثيق الرضا كتابة:

وفي هذا صيانة للحقوق، وقطع لأسباب الخلافات والخصومات، [٢] وبهذا جاءت الأنظمة، مثل نظام مزاولة المهن الصحية في المادة (٣/ ٢١/ ب) إذ جاء فيه:

"إذا وافق صاحب السر كتابة على إفشائه [٣]..."

٤- صدور الرضا من صاحب السر نفسه لأنه حق شخصي له فقط، وأن يكون صريحاً. [٤]

ثالثاً: دفاع الطبيب عن نفسه:

يمكن أن يكون الطبيب أو الممارس الصحي تحت طائلة الاتهام من قِبل المريض أو أهله، كأن يتهم بأنه ارتكب جناية طبية كالإجهاض، أو الاغتصاب، أو استئصال عضو من مريض دون مسوغ طبي[٥]. وهنا، وبالرغم من الخلاف بين فقهاء القانون حول إباحة إفشاء السر الطبي، حتى في حالة دفاع الطبيب عن نفسه، فيرى بعضهم أنه لا يُباح له ذلك، ويرى آخرون أن ذلك من حقه، فإننا

---

(١) صحراء، داوودي. التزام الطبيب بالسر المهني. مجلة الحقوق والعلوم الانسانية. مجلد ٥(١)، ص ٢٥٤-٢٦٥. https://www.asjp.cerist.dz/en/article/87363 المنهل، والترمانيني: مرجع سابق ص ٤٥.
وحسين، اكرم محمود/ مسؤولية الطبيب المتدنية عن إفشاء السر ص ٤٥٠.

(٢) جستينة، مرجع سابق: ص ٢٣٨.

(٣) نظام مزاولة المهنة الصحية بالمملكة العربية السعودية.

(٤) جستنيه، هالة: مرجع سابق ٢٣٨.

(٥) صحراء، داوودي: مرجع سابق. أبو شاويش: ماهر ذيب، السر الطبي في الشريعة، ص ١٩١.

نرى جواز الإفشاء في هذه الحالة تأكيدا لحق الطبيب وصيانة لسمعته وعرضه. ونؤيد ما ذهبت إليه فئة ثالثة ترى أن من حق الطبيب أن يكشف من الأسرار ما يكفي لتحقيق العدالة في حقه، ولا يتجاوز ذلك [(١)]. وهذا ما أكده الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية.[(٢)]

رابعًا: إفشاء السر الطبي للمصلحة العامة:

ويدخل في ذلك جملة من الأمور التي يجب التبليغ عنها تحقيقاً للمصلحة العامة، وحماية للمجتمع وتحقيقاً للعدالة، ومنها:

١- التبليغ عن المواليد والوفيات:

لقد أصبح التبليغ عن المواليد والوفيات أمراً مطلوباً عُرفاً ونظاماً، وذلك تحقيقاً لمصلحة التوثيق التي لاغنى عنها.

٢- التبليغ عن الأمراض المعدية: [(٣)]

حثت الشريعة الإسلامية على اتخاذ كافة التدابير لمنع حدوث الأمراض الوبائية والمعدية. فقد وردت في السنة النبوية أحاديث كثيرة تدل على ذلك، ومنها

---

(١) دكاني، عبد الرحيم. إفشاء السر الطبي بين التحريم والإباحة. مجلة القانون والمجتمع-جامعة أدرار، العدد ١١، ص ٥٠-٧٢.

(٢) الميثاق الإسلامي للأخلاقيات الطبية والصحية (المادة الثلاثون فقرة هـ) http://horizon.hsc.edu.kw/library/resouces/Islamic_ethics.pdf .

(٣) بن ادريس، شريف: مرجع سابق ص ١٤٣ بوقفه،أحمد: مرجع سابق ص ١٥٣، وصحراء، داوودي: مرجع سابق ص٥، أبو شاويش/ مرجع سابق، ص ١٩٧.

على سبيل المثال قول الرسول ﷺ: «**لا يورد مُمرِضٌ على مصح**»[١]. وكذلك الأحاديث الواردة في الطاعون.

ومن وسائل الحماية للمجتمع أن يتم التبليغ عن الأمراض المعدية والسارية للجهات الصحية، أو للمخالطين – للمريض – إذا كان ذلك سائغاً درءاً لمفسدة انتشار هذه الأمراض. ومع أن هذا التبليغ كشف لسر المريض المصاب إلا أن مفسدة كشف السر في هذه الحالة أخف من مفسدة انتشار الأمراض.

ومن القواعد الفقهية في باب تعارض المصالح والمفاسد: (إذا تعارضت مفسدتان روعي أعظمها ضرراً بارتكاب أخفهما) [٢]، وقاعدة "يتحمل الضرر الخاص لدرء الضرر العام"[٣]. على أن إفشاء السر يجب أن يكون للسلطات الصحية المختصة بمراقبة هذه الأمراض ومتابعتها في المجتمع، ولا يجوز إفشاؤها لغيرها.

ويجوز كذلك إفشاء الإصابة بمرض معد إلى مخالطي المريض، خاصة أفراد أسرته الملاصقين له وغيرهم حتى يكونوا على بينة، فيتجنبوا العدوى بكل ما أمكن من وسائل.

وهذا ما جاءت به الأنظمة الصحية، ومنها نظام مزاولة المهن الصحية بالمملكة العربية السعودية، إذ جاء في المادة الحادية والعشرين، عن الحالات التي

---

(١) صحيح البخاري الصفحة أو الرقم | 5771 :خلاصة حكم المحدث] : صحيح .الدرر السنية https://www.dorar.net/hadith/sharh/25680

(٢) الزحيلي، محمد. القواعد الفقهية وتطبيقاتها في المذاهب الأربعة. ج ١، ص ٢٣٠. المكتبة الشاملة الحديثة https://al-maktaba.org/book/21786/227#p1 .

(٣) علال الفاسي: مقاصد الشريعة الإسلامية ومكارمها، ص ٢١٢.

يجوزإفشاء سر المريض فيها، وفي الفقرة الثالثة: "الإبلاغ عن مرض سارٍ أو معدٍ"[١].

٣- منع وقوع جريمة:

قد يتعلق الكشف عن جريمة وقعت بما يدلي به الطبيب من معلومات عن أحد مرضاه، وفي هذه الحالة يسوغ للطبيب أن يفشي هذا السر للجهات القضائية أو الأمنية المختصة، فهذا نوع من الشهادة، وهي واجبة في هذه الحالة، يقول تعالى: ﴿ وَلَا تَكْتُمُوا الشَّهَادَةَ ۚ وَمَن يَكْتُمْهَا فَإِنَّهُ آثِمٌ قَلْبُهُ ۗ وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ عَلِيمٌ ﴾ (البقرة: ٢٨٣).

والقاعدة الفقهية تقول:" ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب". [٢]

فإذا اشتبه الطبيب مثلاً أن الوفاة قد تكون ناجمة عن حادث جنائي؛ فعليه أن يُبلغ السلطات الأمنية فوراً دون تردد تحقيقاً للعدل، وقياماً بالواجب[٣]. إلا أن بعض القوانين قصرت التبليغ على الجرائم المستقبلية، دون التي وقعت في الماضي.[٤]

وفي الشريعة الإسلامية " فدرء المفاسد مقدم على جلب المصالح"، ولهذا

---

(١) نظام مزاولة المهن الصحية. موقع هيئة الخبراء
https://laws.boe.gov.sa/BoeLaws/Laws/LawDetails/f1de206c-eef4-4a76-904a-a9a700f2899a/1

(٢) أبو شاويش: مرجع سابق، ص ١٩٧، دكاني، عبد الرحيم ص ٦٦.

(٣) جستنيه، هالة: مرجع سابق ص ٢٤٢

(٤) البنداري، محمد إبراهيم. الخطأ في المسؤولية. مجلة الأمن، مجلد ١٣، عدد ١، ص ٣٠٠-٣٥٣.

وجب على الطبيب أن يبلغ السلطات المختصة في حال اكتشافه لجريمة حادثة أو نما إلى علمه أن المريض ينوي ارتكاب جريمة في المستقبل. ويكون التبليغ للجهات المختصة الرسمية فحسب. [١]

٤ – أداء الشهادة أمام القضاء:

قد يطلب من الطبيب أن يدلي بشهادته عند اتهام مريض من مرضاه ...، فهل يسوغ له إفشاء أسرار مريضه؛ إذا لم يأذن له المريض بذلك؟ أم أنه يمتنع عن إفشاء الأسرار، حتى ولو أدى ذلك إلى عدم تحقق العدالة؟

هناك رأيان بهذا الخصوص:

الرأي الأول: يرى أنه لا يسوغ للطبيب أن يدلي بشهادته إذا كان في ذلك إفشاء لسر مريض ائتمنه عليه. [٢]

الرأي الثاني: يرى أنه من الواجب على الطبيب أن يدلي بشهادته أمام القضاء، حتى وإن حصل كشف لبعض أسرار المريض، فتحمل الشهادة فرض كفاية. وقد يصبح فرض عين إذا لم يوجد من يتحمل الشهادة، فإذا رجحت مصلحة الشهادة على مصلحة إفشاء سر المريض، وجبت الشهادة. [٣] فكتمان الشهادة يؤدي إلى حصول مفسدة قد تربو على مصلحة المريض الخاصة في كتمان سره حتى لا تضيع الحقوق. [٤]

---

(١) الميثاق الإسلامي للأخلاقيات الطبية والصحية. المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية.١٤٢٦ هـ-٢٠٠٥ م
(٢) دكاني، عبد الكريم: مرجع سابق، ص ٦٧، و بوقفه، أحمد: مرجع سابق، ص ١٧٤.
(٣) بوقفه، أحمد: مرجع سابق، ص ١٥٢.
(٤) جستنيه، هالة: مرجع سابق، ص ٢٤٣.

وهذا الرأي هو ما يتماشى مع مقاصد الشريعة الإسلامية في حفظ الضرورات الخمس، وتطبيقاً لقواعد المصالح والمفاسد والموازنة بينها. وتغليب المصلحة العظمى، ودرء المفسدة العظمى لتحصيل عظمى المصلحتين ودرء عظمى المفسدتين. والله أعلم.

وبهذا جاء نظام مزاولة المهن الصحية بالمملكة فقد ورد في المادة الحادية والعشرين استثناء طلب الشهادة من جهة قضائية من واجب حفظ السر.(١)

٥- أعمال الخبرة:

قد يطلب من الطبيب – بحكم اختصاصه – أن يساعد القضاء في الوصول إلى الفصل في الدعاوى لتحقيق بالعدل. فقد يطلب منه كتابة التقارير، أو فحص الحالة العقلية، أو الجسدية، أو النفسية للمريض. وهنا قد يضطر الطبيب إلى إفشاء سر مريض كان قد عالجه أو مازال يعالجه، وهذا مما يُستثنى من وجوب كتمان السر. وهنا تُراعى المصالح والمفاسد، فقد يكتفي الطبيب بإفشاء ما يفي بالغرض ويحول دون إدانة بريء أو نفي التهمة عن متهم، على أن يقدم التقرير للجهة القضائية دون غيرها، ولا يخرج عما طلب منه أن يدلي فيه بخبرته. (٢) ويدخل في ذلك تقدير أمر العيوب التي تؤثر في فسخ عقود الزواج، أو الجناية على الأجنة. (٣)

---

(١) نظام مزاولة المهن الصحية: المادة الحادية والعشرون.

(٢) انظر: جستنيه، هالة: مرجع سابق، ص ٢٤٤-٢٤٦، وبوقفه، أحمد مرجع سابق، ص ١٨١-١٨٢، ودكاني، عبد الكريم: مرجع سابق، ص ٦٨، والبندراوي، محمد: مرجع سابق، ص٤٤.

(٣) جستنيه، هاله: مرجع سابق،ص ٢٤٦.

شركات التأمين وإفشاء السر الطبي:

قد تطلب شركات التأمين من الطبيب كتابة تقرير عن حالة المريض الذي يريد أن يوقع عقداً للتأمين الصحي مع هذه الشركة. وهنا سيضطر الطبيب إلى كشف بعض أسرار المريض حتى يكون أميناً وصادقاً وشفافاً.

والسؤال هنا: هل يجوز للطبيب كشف أسرار المريض لشركة التأمين؟ حتى تتخذ قرارها بالموافقة على التأمين للمريض أو الرفض، بناء على معلومات صحيحة وموثقة؟

لا شك أن من واجب الطبيب أن يكون أميناً، فلا يدلس على شركة التأمين، كما أن من واجبه أيضاً حفظ أسرار المريض وعدم إفشائها، خاصةً فيما يعود على المريض بالضرر.

والأصل أن الطبيب لا يقدم معلومات عن المريض لطرف ثالث إلا بإذنه، حيث يلزمه الحصول على إذن خطي من المريض بالموافقة على نوع وحجم المعلومات التي سيقدمها لشركة التأمين، وبهذا يزول الإشكال وتتحقق المصلحة. وعلى الطبيب أن يقتصر في الإفشاء على ما له علاقة بالحالة الصحية للمريض، لا أن يكشف كل أسرار المريض. [1]

---

(١) يُنظر: أخلاقيات الممارس الصحي. الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، ص ١٨.

التقارير الطبية الخاصة باللياقة للعمل:

قد يُطلب من الطبيب كتابة تقرير عن حالة الموظف أو العامل لدى أحد القطاعات، لتقدير مدى أهليته للعمل. وهنا لا بد للطبيب أن يكون أميناً، ويبني تقريره على معلومات صحيحة، ويقدم معلومات صحيحة لصاحب العمل. وأما ما يتعلق بإفشاء الأسرار هنا فمن الواجب إطلاع العامل على محتوى التقرير ومضمونه حتى يكون على بينة.

وقد يكون الطبيب متعاقداً مع الجهة التي يعمل فيها العامل، وعليه هنا أن يراقب الله عز وجل، وأن لا يحابي الشركة على حساب العامل، ولا العكس، وإنما يكون أميناً في ذلك. وفي حال معرفة العامل بنوع الفحص الطبي المطلوب، وعلمه أن الطبيب سيكون أميناً وشفافاً، ووافق العامل على ذلك فينتفي هنا إفشاء السر الطبي. ويرى بعض الباحثين أن يكتفي الطبيب بتحديد مدى أهلية العامل للعمل دون تفصيل (أي دون ذكر التشخيص ونوع العلاج).(١) فإذا كان هذا مؤديا للغرض فلا شك أنه هو الأسلم والأولى.

الإفشاء لأحد الزوجين

يتعلق إفشاء الأسرار لأحد الزوجين بأمور منها:

١ - ما يتعلق بإصابة أحد الزوجين بمرضٍ معدٍ:

في هذه الحالة فإن هناك خطراً أن ينتقل المرض إلى الطرف الآخر، مثل

---

(١) الترمانيني: مرجع سابق، ص ٥٧، الجبير، هاني: مرجع سابق.

إصابة أحد الزوجين بمرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز). فيكون من واجب الطبيب أن يخبر بإصابة الزوج أو الزوجة بالمرض ليتخذ الإجراءات اللازمة لضمان عدم انتقاله إلى الطرف الآخر، تحقيقاً للمصلحة، ودرءاً للمفسدة، ولا يسوغ للطبيب أن يستجيب لأي طرف مهما كان – بإخفاء الإصابة بالمرض عن الطرف الآخر، لما في ذلك من ضرر عليه. فالشريعة الإسلامية جاءت بدفع الضرر، كما هو المعروف من قواعدها. فالقاعدة الشرعية تقول:" لا ضرر ولا ضرار" و" الضرر يدفع بقدر الإمكان". والضرر المتوقع بإصابة الصحيح أعظم خطراً من الضرر الحاصل بإفشاء السر الطبي. [١]

يقول العز بن عبد السلام رحمه الله تعليقًا على إفشاء نبي الله يوسف لسر امراة العزيز:

" الستر على الناس شيمة الأولياء، فضلًا عن الأنبياء، وقد كشف يوسف عليه السلام سر المرأة التي راودته عن نفسه، ليدفع عن نفسه ما قد يتعرض له من قتل أو عقوبة، ودفعًا للتهمة عن نفسه مما قد ينال عرضه عليه السلام". [٢] مما يعني جواز إفشاء السر إذا تضمن مصلحة أو دفع ضرر.

٢- الفحص الطبي قبل الزواج

وينطبق عليه ما ينطبق على الإخبار، وكشف السر عند اكتشاف أحد الطرفين المقبلين على الزواج بإصابة الآخر بأحد الأمراض التي يكشف عنها في

---

(١) انظر: أمين، ادريس قادر. إفشاء السر الطبي بين الزوجين في الشريعة الإسلامية (دراسة وتحليل).
4th International Legal Confrence – ILIC 2019. ISBN (978-9922-9036-2-0)
(٢) ابن عبد السلام، عز الدين. شجرة المعارف والأحوال وصالح الأقوال والأعمال، ص ٢٩١(بتصرف قليل).

الفحص الطبي، سواء المعدية منها أو الوراثية. ولا يجوز للطبيب أو المسؤول عن الفحص إخفاء هذه الحقيقة.

وهذا حق ثابت لكلا الطرفين، وقد قرر جمهور الفقهاء من المالكية والشافعية والحنابلة: " أن للطرف الصحيح الحق في فسخ عقد النكاح بسبب الأضرار التي تصيب الطرف الآخر".(١)

وقد يكتفي في هذه الحالة بالقول بأنه لا يوجد توافق بين الطرفين، دون ذكر التفاصيل. وقد يكون كافياً لاتخاذ القرار بإنفاذ الزواج، وتنتفي الحاجة إلى كشف السر لدى الطرف الآخر.

٣- الإفشاء في حالات العقم:

يُستشار الأطباء المختصون بعلاج العقم من الزوجين عند تأخر الإنجاب، ويمكن أن يكون سبب العقم متعلقًا بأحد الزوجين دون الآخر، فهل يسوغ إخبار الطرف الآخر بهذه الحقيقة؟ أم يكفي أن يُخبر الطرف المصاب بالعقم؟

الأصل أن هذا سر لا يجوز كشفه لأحد، إلا أن من حق الطرف الآخر أن يعرف ما إذا كان قرينه أو قرينته مصابًا بالعقم أم لا، لأنه من العيوب التي يمكن فسخ عقد النكاح بسببها.

ولا شك أنه من المُحرج جداً للطبيب في هذه الحالة أن يقدم الخبر السيئ سواء للمصاب بالعقم نفسه او للطرف الآخر.

---

(١) أمين، ادريس قادر: مرجع سابق ص١٤٧ .



وقياماً بواجب المسؤولية، وأداءاً للأمانة، ودفعاً للضرر، على الطبيب أن يبلغ الطرف المتضرر سواء مباشرة أو بطريقة غير مباشرة، حتى لا يُلام مستقبلاً لو اكتشف أن أحد الطرفين هو العقيم، وأن الطبيب أخفى هذه المعلومة عن الطرف الآخر.

ويرى بعض الباحثين أنه يمكن للطبيب أن يلقي بالمسؤولية على الطرف المصاب بالعقم ليقوم هو بالإخبار، منعاً لحرج الطبيب.

إلا أنني أرى ضرورة مواجهة الحقيقة كما هي، ويُترك الأمر للزوجين للتصرف، ويُفضل أن تكون هناك سياسات واضحة في المؤسسات الصحية للتعامل مع هذه الحالات بما يحقق المصلحة ويدفع الضرر. وقد يكون من الحكمة والحصافة أن يبلغ الطبيب الطرفين بأنه سيخبرهما بالنتيجة معًا، ويأخذ إقرارهما مسبقًا، تفاديًا للمفاجآت والحرج.

أسرار المرضى والملف الطبي:

يحتوي الملف الطبي على معلومات كثيرة عن المريض، وقد تكون هذه المعلومات ذات خصوصية لا يرغب المريض أن يطلع عليها الآخرون. والمشكلة أن الملف الطبي قد يصل إليه آخرون من أعضاء الفريق الصحي أو غيرهم، وقد يطلعون على هذه المعلومات.

ومن هنا أصبح من الضروري على الطبيب أن يحرص على أن لا يسجل في الملف الطبي إلا المعلومات المؤكدة التي لها علاقة بصحة المريض. وإذا كانت لديه شكوك حول بعض المعلومات فيمكن تسجيلها مع بيان أنها غير مؤكدة، وأن

يتحرز عند ذكر المعلومات ذات الحساسية والخصوصية، وأن يستخدم عبارات مناسبة لها حتى لا تكون مجالًا لإحراج المريض أو تجريحه عندما يطلع عليها الآخرون.

وعلى المؤسسات الصحية أن تولي موضوع السرية فيما يتعلق بالملف الطبي عناية فائقة لأهميته. ومن ذلك تحديد الفئات التي لها صلاحية الاطلاع على الملف الصحي، وتقييد المجالات التي يطلعون عليها، بحيث لا يسمح لمن لا حاجة لوصوله إلى تلك المعلومات بالاطلاع عليها.

ومما يمكن أن يكون سببًا في مزيد من إفشاء أسرار المرضى هو الملف الطبي الإلكتروني. الذي يحتوي على معلومات كثيرة، يمكن الوصول لها بسهولة كما يمكن تداولها بسهولة أيضًا، مما يؤكد أهمية وجود أنظمة صارمة للتعامل مع هذه المعلومات، وتقنين الوصول إليها، وتحديد مجالات تداولها، والتعامل مع أسرار المرضى بما يحفظ خصوصيتهم، ويحقق كرامتهم.

ومن ذلك أيضًا وضع أنظمة الحماية من الاختراق، وإيجاد أنظمة للتخزين بديلة في حالة اختراق الأنظمة بشكل أو بآخر. وهذه مسؤولية ملقاة على عاتق المؤسسات الصحية ممثلة بإداراتها ذات العلاقة.

وعلى الطبيب مسؤولية أخرى؛ وهي أن لا يكرر معلومات لم تعد ذات أهمية أو أن الحاجة إليها قد انتفت في التقاريرأو في سجل الزيارات أو التنويم. فالملف الإلكتروني يساعد على عمليات القص واللصق، فيتم أحيانًا تداول

معلومات وتكرارها دون أن تكون هناك أهمية لذكرها، مثل تعرض المريض للإيذاء في صغره، أو تعرض المريضة للاغتصاب في مرحلة سابقة. فتداول مثل هذه المعلومات مضرٌ للمريض، ولا فائدة منه.

***



حفظ الخصوصية

مفهوم الخصوصية

ثار الكثير من الجدل والخلاف حول مصطلح الخصوصية، ووجد الكثير من الصعوبة في تحديد هذا المفهوم بتعريف جامع مانع، مما اضطر بعض الباحثين والشرعيين إلى ذكر بعض صور الخصوصية بدلًا من تعريفها، لصعوبة ضبط المصطلح. [١]

ولتقريب الصورة إلى الذهن أكثر يمكن القول بأن الخصوصية هي:

- حق الشخص في العزلة أو الانفراد مكاناً وزماناً.
- حقه في عدم تدخل الآخرين فيما لا يريد هو أن يتدخلوا فيه، أي حقه في أن يُترك وشأنه.
- حقه في بقاء ما يخصه من صفات جسدية أو نفسية سراً لا يطلع عليه أحد.
- حقه في بقاء ما يخصه من متعلقات مادية أو معنوية بعيداًعن فضول الآخرين. [٢]

ويتسم مصطلح الخصوصية، أوحماية الحياة الخاصة بالمرونة، إذ يمكن أن

---

(١) جلاد، سليم. الحق في الخصوصية بين الضمانات والضوابط في التشريع الإسلامي، ص ٩، وابن حميدة، محمد . الحق في الحياة الخاصة في التشريع الجزائي. رسالة دكتوراه ٢٠١٧م، ص ١٣ وما بعدها، يوسف، عز الدين: مرجع سابق، وسلمان، عودة يوسف. الجرائم الماسة بحرمة الحياة الخاصة التي تقع عبر وسائل تقنين المعلومات، ص ٤ .

(٢) انظر: بن حميدة، محمد: مرجع سابق، ص ١٥-٢٥ يوسف، مجدي عز الدين: مرجع سابق، ص ٣٩-٤٣.

تتعدد صور وأشكال الأشياء المتعلقة بالشخص، وتدخل في نطاق الخصوصية من وقت لآخر، ومن مكان أو مجتمع لآخر.

الخصوصية في الشريعة الإسلامية

أما في الشريعة الإسلامية فإن الحق في الحياة الخاصة مكفول بموجب نصوص شرعية واضحة الدلالة على الاهتمام بالحياة الخاصة، وحفظ الخصوصية.

ويمكن إجمالها فيما يأتي:

١- حرمة المسكن:

يقول الله سبحانه وتعالى: ﴿ يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ لَا تَدۡخُلُواْ بُيُوتًا غَيۡرَ بُيُوتِكُمۡ حَتَّىٰ تَسۡتَأۡنِسُواْ وَتُسَلِّمُواْ عَلَىٰٓ أَهۡلِهَاۚ ذَٰلِكُمۡ خَيۡرٞ لَّكُمۡ لَعَلَّكُمۡ تَذَكَّرُونَ ﴿٢٧﴾ ﴾ (النور، ٢٧).

فنعلم أن حق الخصوصية في المسكن مكفول شرعاً، فلا يجوز التطفل على حياة الفرد الخاصة بالتنصت أو الاقتحام بالنظر من قريب أو من بعيد، بأي وسيلة كانت.[١]

٢- حماية خلوة الفرد وسكينته[٢]

لم يكتف الإسلام بإيجاب الاستئذان عند دخول المساكن، وإنما ألزم المستأذن بالانتظار حتى يؤذن له وإلا رجع من حيث آتى، يقول الله سبحانه

---

(١) الدعمي، محمد راكان. حماية الحياة الخاصة في الشريعة الإسلامية، ص ١٥-١٧.

(٢) بن حميدة، محمد: مرجع سابق، ص ٦٣.

وتعالى: ﴿وَإِن قِيلَ لَكُمُ ٱرْجِعُواْ فَٱرْجِعُواْۖ هُوَ أَزْكَىٰ لَكُمْ﴾(النور:٢٨)، ويقول الرسول ﷺ: «**إنما جُعل الاستئذان من أجل البصر**».[١]

٣- تحريم التجسس والغيبة:

يقول الله سبحانه وتعالى: ﴿وَلَا تَجَسَّسُواْ وَلَا يَغْتَب بَّعْضُكُم بَعْضًا﴾(الحجرات: ١٢).

وذلك حفاظاً للخصوصية، وعدم تعمد الاطلاع على ما لا يريد الناس أن يطلع عليه الآخرون، أو الحديث عنه في غيبتهم.

فالشريعة الإسلامية منعت اقتحام البيوت، أو التجسس عليها، أو إفشاء أسرارها تأكيدًا لحق الإنسان في الخصوصية.[٢]

٤- وجوب الستر:

حثت الشريعة الإسلامية على وجوب الستر حتى على أهل المعاصي [٣]. يقول الرسول ﷺ: «**من ستر مسلماً ستره الله في الدنيا والآخرة**»[٤] وقال ﷺ للذي دفع ماعز رضي الله عنه للاعتراف بالزنا: "لو سترته بثوبك كان خيراً لك مما صنعت به". [٥]

---

(١) البخاري، المصدر :صحيح البخاري الصفحة أو الرقم 6241 : الدرر السنية. https://www.dorar.net/hadith/sharh/9448 .

(٢) يوسف، مجدي عز الدين: مرجع سابق، ص ٦٩.

(٣) بن حميدة، محمد/ مرجع سابق، ص ١٧-١٨.

(٤) سبق تخريجه، ص ٤١.

(٥) رواه مالك في ((الموطأ)) (٥/١١٩٨)، والنَّسائي في ((السُّنن الكبرى)) (٤/٣٠٦) (٧٢٧٧). من حديث سعيد بن المسيب. قال ابن حزم في ((المحلَّى)) (١١/١٤٦)، والزَّيلعي في ((نصب الرَّاية)) (٤/ ٧٥): مرسل. وقال ابن عبد البر في ((التمهيد)) (٢٣/ ١٢٥): [مرسل] وهو يستند من طرق صحاح. **https://cutt.us/rzCvr**.

٥- حفظ العورات

العورة هي كل ما يستقبح ظهوره للناس، سواء كان حسياً كالتشوهات الخلقية الخفية، أو العورة المغلظة (الأعضاء التناسلية)، أو معنوياً كسائر الأفعال والأقوال والأخلاق. [١] ويدخل في حفظ الخصوصية الأمر بغض البصر للرجال والنساء.

ولقد أكدت الشريعة الإسلامية على ضرورة حفظ العورات، حتى داخل الأسرة الواحدة، حيث شرع الإستئذان في أوقات معينة، خصوصاً فكيف بغيرهم؟! يقول تعالى: ﴿ يَـٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ لِيَسْتَـْٔذِنكُمُ ٱلَّذِينَ مَلَكَتْ أَيْمَـٰنُكُمْ وَٱلَّذِينَ لَمْ يَبْلُغُواْ ٱلْحُلُمَ مِنكُمْ ثَلَـٰثَ مَرَّٰتٍ ﴾الآية (النور، ٥٨).

وهنا يتبين أهمية حفظ العورات، وأنها من حماية الحياة الخاصة للأفراد، فلا يجوز الاطلاع عليها أو نشرها.[٢]

يقول الرسول ﷺ: «**من رأى عورة فسترها، كان كمن أحيا موؤودة من قبرها**». [٣]

وهكذا تبين بوضوح اهتمام الشريعة الإسلامية بهذا الجانب الخاص من خصوصية الحياة الإنسانية بما لا يدع أي مجال للشك.

---

(١) الأشقر، محمد. إفشاء السر. أحكامه في الشريعة الإسلامية في كتاب: أبحاث اجتهادية في الفقة الطبي، ص ٥٢.

(٢) بن حميدة، محمد، مرجع سابق، ص ٦٧، والدغمي، محمد راكان: مرجع سابق، ص ٤٧.

(٣) الجامع الصغير. الصفحة أو الرقم، 8664 : خلاصة حكم المحدث : صحيح. الدرر السنية https://2u.pw/sItyZ



تطبيقات الخصوصية في المجال الصحي:

تتعلق الخصوصية في المجال الصحي بعدة تطبيقات، وهي:

أولاً: عند المقابلة الطبية والفحص الطبي

من الضروري عند مقابلة المريض المحافظة على خصوصيته من حيث المكان، ومن حيث المعلومات التي يدلي بها للطبيب أو الممارس الصحي، وألا يطلع عليها إلا من كان وجوده ضرورياَ لعلاج المريض.

أما عند الفحص الطبي، فمن حق المريض أن يكون في مكان تحفظ فيه خصوصيته، كما أن من حقه ألا يطلع على جسده عند الفحص إلا من كان وجوده ضرورياُ لعلاجه، فإذا كان الفاحص طبيباً مثلاً، فقد لا يستغني عن وجود ممرض أو ممرضة، وعندئذٍ فلا إشكال في وجوده. أما من عداه من الطاقم الطبي، فضلاً عن الطاقم الإداري أو غيره فلا يجوز أن يطلعوا على إجراءات الفحص في هذه الحالة.

ويدخل ضمن حفظ الخصوصية تغطية جسد المريض، بحيث لا يظهر من جسده إلا ما يحتاج إلى فحصه أو ما لا بد منه. ويتأكد هذا في حق المريض فاقد الوعي أو تحت التخدير حيث لا يستطيع أن يعبر عن استيائه في هذه الحالة. ومما يؤسف له أن هناك تساهلاً في انتهاك خصوصيات المرضى في حالات كثيرة، ويجب على أفراد الفريق الصحي أن يحافظوا على خصوصية المريض، وأن يبذلوا كل جهد في سبيل المحافظة عليها.

ويدخل في ذلك حق المريض في أن يعالج وأن يمرض في مكان خاص بنفس جنسه، حيث يخصص مكان لكل جنس على حده، إلا ما لا يمكن التحرز منه كأقسام الطوارئ، وأقسام العناية المركزة.

ثانياً: النقل من مكان لآخر

يحدث عند نقل المرضى من مكان لآخر داخل أروقة المستشفيات أن يغفل مرافقوهم من الفريق الطبي، وغالباً ما يكونون من هيئة التمريض، عن حفظ خصوصيتهم. فقد تُكشف أجزاء من أجسامهم لا مسوغ لكشفها، ويتأكد هذا في حق من لا مرافق له من أهله، أو أنه فاقد للوعي أو تحت تأثير التخدير.

ثالثاً: ستر العورات

إن من أخطر الانتهاكات للخصوصية في المجال الصحي عدم ستر العورات أو التساهل في سترها، وخاصة العورة المغلظة (الأعضاء التناسلية).

فمن المعلوم أن الأصل هو ستر هذه العورات إلا للضرورة القصوى، " الضرورات تبيح المحظورات" كما هو معلوم. ولا يجوز بحال تجاوز الضرورة أو الحاجة في هذه الحالة فالقاعدة الشرعية تقول:

"الضرورة تقدر بقدرها"، فلا يجوز التجاوز عما تقتضيه الضرورة من حيث المكان والوقت المطلوب للفحص أو العلاج".

ومما يؤسف له أن يترك المرضى مكشوفي العورة، غفلة أو تساهلاً من الفريق

الطبي، وأسوأ من ذلك عندما يكون هناك تعمد في انتهاك هذه الخصوصية، خاصة عند وجود جمهرة من الحاضرين، وهذا نادر، ولله الحمد.

رابعاً: حفظ العرض

يطلع الفريق الصحي على كثير من خصوصيات المرضى في حياتهم الاجتماعية، أو أحوالهم الصحية. ويجب على أعضاء الفريق حفظ خصوصيات المرضى وعدم انتهاكها بإطلاع الآخرين عليها، حتى لو لم يطلب المريض منهم ذلك. فالأصل أن المريض قد إئتَمن الممارس الصحي على خصوصياته عند استشارته، ثقة بأنه سيحفظ هذه الخصوصية. والرسول ﷺ يقول: «**المستشار مؤتمن**».[1]

فهو مؤتمن على خصوصيات المرضى، وعليه حفظها، كما أنه لا يجوز إطلاق العنان للتحدث بخصوصيات المرضى، أو النيل منهم غيبة أو نميمة أو قذفاً، فكل هذا لا يجوز شرعاً كما هو معلوم.

خامساً: ما يتعلق بصور المرضى

من خصوصيات المرضى التي قد يتساهل بها بعض الممارسين الصحيين؛ صورهم، خاصة في هذا الزمن الذي كثر فيه استخدام الأجهزة الرقمية وسهل فيه التقاط الصور. فالصورة تعبر عن شخصية الإنسان بشكل ما، ومن هنا؛ فلا يجوز التقاط الصور، فضلاً عن نشرها إلا بإذن صريح من المريض.

---

(١) الترمذي، المصدر: سنن الترمذي، الصفحة أو الرقم: ٢٣٦٩، خلاصة حكم المحدث: حسن صحيح غريب.
https://www.dorar.net/hadith/sharh/3992

ومما يؤخذ على بعض الأطباء، خاصة، نشرهم لصور العمليات الجراحية أو الإجراءات الأخرى التي يقومون بها، وقد ظهرت فيها شخصية المريض وهويته واضحة المعالم، ويتأكد هذا في حق فئتين وهما المشهورون من الناس، وأولئك الذين في وضع لا يسمح لهم بالاعتراض على تصويرهم مثل المغمى عليهم أو الذين تحت التخدير.

وقد رأينا صوراً لمرضى في وضع لا يمكنهم – لوكانوا واعين – أن يسمحوا بنشرها.

ومن الملائم هنا أن نضع الضوابط التي أقرتها الهيئة السعودية للتخصصات الصحية فيما يتعلق بتصوير المرضى، وهي كما يأتي:

الأصل ألا يتم تصوير المرضى أو أجزاء من أجسامهم إلا لضرورة أو حاجة تتطلبها رعايتهم الصحية، أو التعليم الصحي أو البحوث الصحية. وعند الحاجة إلى تصوير المرضى يجب مراعاة الضوابط الآتية:

١. إخطار المريض بأهمية التصوير وضرورته والغرض منه قبل القيام بالتصوير أو التسجيل، وكيف وأين سيستخدم.
٢. أخذ إذن المريض أو من ينوب عنه قبل البدء بعملية التصوير أو التسجيل.
٣. عدم ممارسة أي ضغط على المريض من أجل الحصول على التصوير أو التسجيل فضلا عن إكراهه.

٤. التأكد من أن التصوير أو التسجيل يستخدم لأغراض هامة وضرورية كالرعاية الصحية والتعليم الطبي والبحث العلمي.

٥. للمريض الحق في سحب موافقته على التصوير أو التسجيل في أي وقت حتى بعد التصوير أو التسجيل.

٦. إذا كان المريض فاقداً للوعي أو قاصراً، يؤخذ موافقة وليه الشرعي وإذا عاد إلى وعيه فيمكنه سحب الموافقة متى شاء.

٧. لا يجوز نشر صور المرضى في وسائل الإعلام المختلفة ومنها وسائل الإعلام الجديد إلا بموافقة خطية منهم، وألا يكون في هذا النشر ما يدل على شخصية المريض وكشف هويته، وإذا دعت الحاجة إلى نشر صورة الوجه لأغراض التعليم فيجب أن تغطى العينان إلا لضرورة علمية، وأن يراعى في ذلك كله الأحكام الشرعية والأنظمة المعمول بها في المملكة.

٨. تنحصر الأشياء التي يسمح بتصويرها والاحتفاظ بها دون الحاجة إلى إذن المريض في ما يأتي:

أ- صور الأجزاء الداخلية من الجسم.

ب- صور شرائح الأنسجة.

ج- صور المناظير.

د- الصور الإشعاعية بكافة أنواعها.[١]

---

(١) الهيئة السعودية للتخصصاتالصحية. أخلاقيات الممارس الصحي، ص ١٨-١٩.

سادساً: وسائل التواصل الاجتماعي

لقد أصبحت وسائل التواصل الاجتماعي معبراً لكثير من المعلومات والأسرار والخصوصيات في كل المجالات، والمجال الطبي واحد منها. ويحدث فيها تسريب لهذه المعلومات وانتهاك للخصوصيات، ومن ذلك نشر صور المرضى، عن حسن قصد في كثير من الأحيان، لكنه انتهاك لخصوصياتهم دون شك. ومن ذلك إفشاء معلومات تخصهم، وقد تدل على شخصياتهم فيزداد الأمر سوءاً على سوء. وبعض الممارسين الصحيين لا يتحرزون عن مثل هذا الأمر ظناً منهم أنه أمر عادي لا إشكال فيه.

فيجب التنبيه على ضرورة التحرز بعدم نشر الصور أو المعلومات عن المرضى في وسائل التواصل الإجتماعي، أو نشر قصصهم بما يمكن أن يدل على هوياتهم فيُعرَفون، خاصة أن وسائل التواصل الاجتماعي متاحة للجميع. ويمكن لبعض المستخدمين التعرف على هوية المرضى الذين نُشرت صورهم أو أفشيت معلومات عنهم.

ولا يعني هذا إعفاء وسائل الإعلام التقليدية من هذه التهمة، فهي دأبت على نشر بعض المعلومات الخاصة ببعض المرضى. وخاصة المشهورين دون أدنى اعتبار لانتهاك خصوصياتهم.

والمعول عليه في هذا السياق هو الممارس الصحي الذي يجب أن يكون أكثر وعياً بحقوق المرضى وحفظ خصوصياتهم، وأن لا ينساق بدافع الشهرة أو بأي دافع آخر إلى انتهاك خصوصيات المرضى ونشرها في وسائل الإعلام.

وعلى المؤسسات الصحية أن تولي هذا الموضوع حقه بسن الأنظمة والسياسات التي تحول دون نشر خصوصيات المرضى، وأن تعمل على توعية العاملين فيها بهذا الخصوص.

إن حق الخصوصية أو حرمة الحياة الخاصة لكل إنسان من الحقوق التي اعترفت بها جميع الشرائع على مر العصور، وإن كان بتفاوت بينها.[1]

ملحق: قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي بشأن السر في المهن الطبية

قرار رقم: ٧٩ (١٠/٨) بشأن السر في المهن الطبية

إن مجلس مجمع الفقه الإسلامي الدولي المنعقد في دورة مؤتمره الثامن ببندر سيري بيجوان، بروناي دار السلام من ١ – ٧ محرم ١٤١٤هـ، الموافق ٢١ – ٢٧ حزيران (يونيو) ١٩٩٣م،

بعد اطلاعه على البحوث الواردة إلى المجمع بخصوص موضوع السر في المهن الطبية،

وبعد استماعه إلى المناقشات التي دارت حوله، **قرر ما يلي:**

أولاً: السر هو ما يفضي به الإنسان إلى آخر مستكتماً إياه من قبل أو من بعد، ويشمل ما حفت به قرائن دالة على طلب الكتمان إذا كان العرف

---

(١) بن حميدة، محمد جمال. الحق في الحياة الخاصة في التشريع الجزائي. رسالة دكتوراه، ٢٠١٧م، ص ٤٣-٦٠.
وانظر أيضاً: يوسف، مجدي عز الدين. حرمة الحياة الخاصة بين الحماية الدولية والشريعة الإسلامية، ص٥٩-٦٠.
وجلاد، سليم. الحق في الخصوصية بين الضمانات والضوابط في التشريع الإسلامي، ص ٢٣-٢٦.

يقضي بكتمانه، كما يشمل خصوصيات الإنسان وعيوبه التي يكره أن يطلع عليها الناس.

ثانياً: السر أمانة لدى من استودع حفظه، التزاماً بما جاءت به الشريعة الإسلامية، وهو ما تقضي به المروءة وآداب التعامل.

ثالثاً: الأصل حظر إفشاء السر. وإفشاؤه بدون مقتضٍ معتبر موجب للمؤاخذة شرعاً.

رابعاً: يتأكد واجب حفظ السر على من يعمل في المهن التي يعود الإفشاء فيها على أصل المهنة بالخلل، كالمهن الطبية، إذ يركن إلى هؤلاء ذوو الحاجة إلى محض النصح وتقديم العون، فيفضون إليهم بكل ما يساعد على حسن أداء هذه المهام الحيوية، ومنها أسرار لا يكشفها المرء لغيرهم حتى الأقربين إليه.

خامساً: تستثنى من وجوب كتمان السر حالات يؤدي فيها كتمانه إلى ضرر يفوق ضرر إفشائه بالنسبة لصاحبه، أو يكون في إفشائه مصلحة ترجح على مضرة كتمانه، وهذه الحالات على ضربين:

أ- حالات يجب فيها إفشاء السر بناء على قاعدة "ارتكاب أهون الضررين لتفويت أشدهما"، وقاعدة "تحقيق المصلحة العامة التي تقضي بتحمل الضرر الخاص لدرء الضرر العام إذا تعين ذلك لدرئه".

وهذه الحالات نوعان:

- ما فيه درء مفسدة عن المجتمع.
- وما فيه درء مفسدة عن الفرد.

ب- حالات يجوز فيها إفشاء السر لما فيه:

- جلب مصلحة للمجتمع.
- أو درء مفسدة عامة.

وهذه الحالات يجب الالتزام فيها بمقاصد الشريعة وأولوياتها من حيث حفظ الدين والنفس والعقل والنسل والمال.

سادساً: الاستثناءات بشأن مواطن وجوب الإفشاء أو جوازه ينبغي أن ينص عليها في نظام مزاولة المهن الطبية وغيره من الأنظمة، موضحة ومنصوصاً إليها في سبيل الحصر، مع تفصيل كيفية الإفشاء، ولمن يكون، وتقوم الجهات المسؤولة بتوعية الكافة بهذه المواطن.

ويوصي بما يلي:

دعوة نقابات المهن الطبية ووزارات الصحة وكليات العلوم الصحية بإدراج هذا الموضوع ضمن برامج الكليات والاهتمام به وتوعية العاملين في هذا المجال بهذا الموضوع. ووضع المقررات المتعلقة به، مع الاستفادة من الأبحاث المقدمة في هذا الموضوع. والله الموفق.

الفصل السابع:

الصدق والإفصاح عن الأمراض الخطرة والمميتة



الصدق والإفصاح عن الأمراض الخطرة والمميتة

الحالات

الحالة الأولى:

يبلغ أبو عادل من العمر (٦٥) عامًا، أتي به إلى المستشفى، حيث يشكو من آلام بسيطة في البطن. بعد إجراء الفحص السريري وإجراء فحوص تشخيصية تبين أن لديه سرطانًا في البنكرياس.

لم يخبره الطبيب بأن لديه سرطانًا في البنكرياس، توفي خلال أشهر من التشخيص دون أن يعلم بحقيقة مرضه.

الحالة الثانية:

أبو نصير يبلغ من العمر (٥٨) عامًا، وجد أن لديه سرطانًا في المثانة. عندما زار الطبيب في العيادة أكتشف أن المريض لا يعلم بحقيقة مرضه، وطلب منه ابن المريض عدم إخباره بحجة أنه لن يتحمل وقع الخبر. أبو نصير سوف تجرى له عمليه جراحية لاستئصال المثانة خلال أيام، وهناك شك بأن المرض قد انتشر في أجزاء أخرى من جسده.

الحالة الثالثة:

السيدة منيرة، تبلغ من العمر (٤٣) عامًا، وجدت الطبيبة في أثناء الفحص الروتيني المعتاد أن لديها ورمًا بسيطًا في الجزء العلوي من الثدي الأيسر، وشكت

بوجود ورم خبيث. بعد أخذ رشفة الإبرة الرقيقة " Fine needle aspiration " تبين وجود ورم خبيث، ولم يتأكد انتشاره في الغدد اللمفاوية. لم يتم إخبار منيرة بالتشخيص، وأخبر زوجها الذي لم يكترث كثيرا بالموضوع، ولأن لديهما أربعة أطفال فقد أهمل الموضوع، واستمرت منيرة في رعاية أطفالها.

بعد عدة أشهر حضرت منيرة إلى العيادة، ولديها جرح غائر في ثديها الأيسر فيما يبدو أنه " Fungating mass " أي كتلة متقرحة.

الحالة الرابعة:

أدخل أبو فالح المستشفى لإجراء فحوص، بعد إصابته بآلام في البطن وخروج شيء من الدم مع البراز. تم تشخيص سرطان القولون من خلال الفحوص الشعاعية، وقرر الأطباء إجراء عملية لاستئصال جزء من القولون دون إخباره بمرضه. فوجئ هو وابنه بالجراح يدخل عليه ويخاطبه قائلًا: غدًا سنجري لك عمليه استئصال الورم الخبيث من القولون. كلاهما صدم بالخبر، ورفض أبو فالح إجراء العملية، وطلب إخراجه من المستشفى.

معنى الصدق:

الصدق ضد الكذب.

والصدق: مطابقة القول الضمير والمخبر عنه معا.[1]

---

(١) جاد المولى، محمد أحمد. الخلق الكامل. المجلد الرابع، ص ٢٨٦.

ومعنى مطابقة القول الضمير: أي أن الإنسان ينطق بما يحمله بين جنبيه من أفكار أو آراء أو أخبار.

وأما مطابقة المخبر عنه: أي أن يكون نقله للخبر مطابقة لواقع حصوله، فالصدق مطابقة الواقع، والكذب ما خالفه.

وقيل: الصدق ما طابق الواقع أو ما طابق الاعتقاد. (١)

أهمية الصدق ومنزلته:

الصدق من أعظم مكارم الأخلاق والفضائل، ويكفي أن الله سبحانه وتعالى نسب قوله إلى نفسه، فقال جل وعلا: ﴿ قُلْ صَدَقَ ٱللَّهُ فَٱتَّبِعُوا۟ مِلَّةَ إِبْرَٰهِيمَ حَنِيفًا ﴾ (آل عمران: ٩٥).

وقال تعالى: ﴿ وَمَنْ أَصْدَقُ مِنَ ٱللَّهِ حَدِيثًا ﴾ (النساء: ٨٧).

والصدق بالنسبة للمؤمن، ليس خلقا فاضلا فحسب، بل به يكتمل إيمانه.

كما قال تعالى: ﴿ يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُوا۟ ٱتَّقُوا۟ ٱللَّهَ وَكُونُوا۟ مَعَ ٱلصَّٰدِقِينَ ﴿١١٩﴾ ﴾ (التوبة:١١٩).

وقال رسول الله ﷺ: «**إِنَّ الصِّدْقَ يَهْدِي إِلَى الْبِرِّ، وَإِنَّ الْبِرَّ يَهْدِي إِلَى الْجَنَّةِ، وَإِنَّ الرَّجُلَ لَيَصْدُقُ حَتَّى يُكْتَبَ صِدِّيقًا، وَإِنَّ الْكَذِبَ يَهْدِي إِلَى الْفُجُورِ، وَإِنَّ**

---

(١) جاد المولى، محمد أحمد: المرجع السابق، ص ٢٨٦.

الْفُجُورَ يَهْدِي إِلَى النَّارِ، وَإِنَّ الرَّجُلَ لَيَكْذِبُ حَتَّى يُكْتَبَ كَذَّابًا» متفق عليه.[١]

وعدَّ رسول الله ﷺ الكذب من صفات المنافقين فقال: «آيَةُ المُنَافِقِ ثَلَاثٌ: إِذَا حَدَّثَ كَذَبَ، وإِذَا وعَدَ أَخْلَفَ، وإِذَا اؤْتُمِنَ خَانَ».[٢]

ومن فوائد الصدق أنه يؤدي إلى طمأنينة النفس، وراحة الضمير، وسكون القلب. وأما الكذب فيوقع الناس في الشكوك والأوهام، ويزرع الاضطراب، ويهز الثقة بين الناس.

ويشمل الصدق أنواعًا منها: صدق النية، وصدق القول، وصدق الوعد، وصدق المعاملة. وحديثنا في هذا الفصل عن صدق القول فقط لارتباطه بما نحن فيه من قول الحقيقة، وأما الأنواع الأخرى فمجال الحديث عنها في مواطن أخرى.

الصدق في القول مع المرضى

الصدق ليس قيمة مجردة أو مثالية، بل هي قيمة يجب تطبيقها في الواقع. ومن هنا يلزم الطبيب، وكل عامل في المجال الصحي أن يكون صادقًا مع مرضاه فعليه أن يكون صادقًا في إخباره عن مرضه وطبيعته، ونوعية الفحوص والإجراءات الطبية الأخرى التي يحتاجها المريض، دوائية كانت أو جراحية.

---

(١) اخرجه البخاري في صحيحه (٧٨/ ٣٢٢٤) برقم ٥٧٦٥ (ومسلم في صحيحه (٥٣/ ١١٥٧) برقم ٤٨٤٧ .جامع السنة وشلروحها https://2u.pw/GCBix

(٢) صحيح البخاري، الرقم ٣٣. الدرر السنية.https://dorar.net/hadith/sharh/5957

وعليه أن يكون صادقًا في إخباره عن مآلات مرضه، والمنظور الشفائي له بقدر ما تسمح به معلوماته الطبية، وبحسب خبرته مع الحالات المشابهة دون مبالغة أو تهويل.

الإفصاح عن الأخبار السيئة المزعجة

يمكن تعريف الأخبار السيئة في المجال الطبي بأنها " أي نوع من الأخبار التي تؤثر سلبًا، أو تغير بشكل كبير نظرة المريض لحياته المستقبلية ". [(١)]

وليس بالضرورة أن يكون الإخبار عن مرض خطير جدا كالسرطان مثلًا، بل يمكن أن يوصف بالخبر السيئ الإخبار عن الحاجة إلى إعطاء دواء له آثار جانبية، أو عن عملية جراحية لها مضاعفات خطيرة.

ويعد الإفصاح عن الأخبار السيئة من الأمور الصعبة في الممارسة الطبية، ذلك أن الإفصاح عن الخبر السيئ إلى المريض قد يؤدي إلى رد فعل غير متوقع، لهول الصدمة، أو عدم تقبل الخبر السيئ أو غيرها من المشاعر السلبية، التي تحتاج إلى أسلوب مناسب للتعامل معها. فالأمر ليس مجرد نقل الخبر وإنما يتطلب تفهم مشاعر المريض والتعامل معها. وغالبًا ما تكون اللحظات التي يفصح فيها عن الخبر السيئ غير مريحة للطرفين سواء بالنسبة للطبيب أو للمريض. ومن هنا كان التدريب على كيفية الإفصاح عن الأخبار السيئة للمريض في غاية الأهمية.

---

(1) Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult?.BMJ,1984;288:1597-1599.

الإفصاح في الممارسة الطبية

تقوم العلاقة بين الطبيب والمريض على أساس من التواصل المتبادل بينهما، والذي يقوم على أساس الثقه بقدرة الطبيب على اكتشاف مشكلته المرضية من حيث التشخيص والعلاج، ومعرفة مآلات الأمراض، ومنظورها العلاجي المستقبلي.

ويتطلع المريض إلى أن يحصل على معلومات كافية عن حالته المرضية، وما يحتاجه من إجراءات طبية لغرض التشخيص والعلاج ويتوقع من طبيبه أن يكون صادقًا وأمينًا وشفافًا عند تقديم هذه المعلومات له.

وإذا شعر المريض في أي مرحلة من المراحل أن الطبيب يخفي عنه معلومات معينة حول حالته المرضية؛ فقد يؤدي هذا إلى مزيد من القلق لدى المريض، كما قد يولد قدرًا من عدم الثقة بهذا الطبيب، وربما بغيره من الأطباء. ومن هنا كان للصدق في إعطاء المعلومات للمرضى أهمية بالغة في علاقة الطبيب بالمريض على المدى البعيد.

ما الذي يطلب من الطبيب أن يفصح عنه للمريض؟

يحتاج المريض أن يطلع على كثير من المعلومات الخاصة بمرضه، ومنها:

- تشخيص المرض.
- نتائج الفحوص والإجراءات الطبية.
- مآلات المرض ومضاعفاته.

- مضاعفات الإجراءات الطبية وأثارها الجانبية.
- ما المطلوب من المريض للتعامل مع المرض أو التعايش معه.

هذه وغيرها من المعلومات المهمة من وجهة نظر المريض تساعد على رعايته بشكل أفضل، وتزوده بقدر كاف من الارتياح والاطمئنان، ويزيل كثيرًا من قلقه، هو ما يحتاجه فعلًا.

إن الهدف الرئيس من الإفصاح للمريض هو تفهم حالته المرضية، والتعايش مع المرض، خاصة إذا كان المرض مزمنًا، يحتاج إلى تعايش المريض معه لفترة طويلة، وربما طوال عمره. كما أن الإفصاح يعكس احترام المريض، وحفظ حقوقه، واحترام استقلاليته مما يساعده على اتخاذ القرارات على بينة وإدراك.

والسؤال الآخر الذي يطرح نفسه هنا، بعد أن قررنا أهمية الإفصاح للمريض: هل يود المرضى معرفة الحقيقة فعلًا؟

وللإجابة على هذا السؤال نقول: لقد أثبتت بعض الدراسات في مجتمعات مختلفة أن غالبية المرضى يودون معرفة الحقيقة عن أمراضهم ومآلاتها وطرق علاجها مع تفاوتهم في القدر الذين يريدون أن يعرفوه، فقد يكتفي بعضهم بمعلومات مبدئية بسيطة، وقد يطلب بعضهم معلومات تفصيلية عن حالته المرضية.[١]

---

(1)Schattner A. What do patients really want to know. QJ med,2000;95:135-136.

هل هناك مجال لإخفاء الحقيقة؟

الحقيقة أن الصدق يقتضي قول الحقيقة كاملة للمريض، دون إخفاء شيء منها. هذا هو الأصل، وعلى الطبيب أن يبذل جهده في قول الحقيقة كلما أمكن إلى ذلك سبيلًا، ولا مجال إلى إخفائها إلا في حدود ضيقة تقدر بقدرها.

وهنا سؤال آخر يطرح نفسه: هل هناك مجال لقول بعض الحقيقة أو إخفاء بعضها؟

لقد تباينت الرؤى حول الإجابة عن هذا السؤال، فهناك من يرى أنه يمكن حجب بعض الحقيقة، وإمكان الطبيب أن يخفي بعض المعلومات بما يعرف بالإخفاء الجزئي أو ما يعبر عنه بالإخفاء العلاجي، والمقصود به حجب بعض الحقيقة، مراعاة لحالة المريض النفسية، حتى لا تقع منه ردود أفعال تكون أكثر ضررًا به من حجب بعض الحقائق عنه.

وهناك من يرى أن هذا الحجب هو نوع من الخداع، ولا يجوز لنا أن نقوم به، إذ هو غير أخلاقي، وكما أن قول الحقيقة قد يضر بالمريض فإن حجبها وخداع المريض قد يكون ضرره أكبر، فقد وجد أن المرضى الذين لم يخبروا بالحقيقه كانوا أكثر عرضة للقلق والاكتئاب. [1]

وقد ثبت في دراسات أخرى أن أخفاء الحقيقة عن المرضى غير عملي، إذ

---

(1) Fallowfield L J, Jenkins VA, and Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurt more: communication in palliative care.Palliative Medicine,2002;16:297-303.

وجد أن أكثر من ٦٠ ٪ منهم قد أطلع على حقيقة مرضه بالرغم من محاولات أسرته الإصرار على إخفاء الحقيقة عنه.[١]

طبيعة العلاقة مع المريض

تقوم العلاقة بين الطبيب والمريض على أساس من الثقة بالطبيب وأمانته في اتخاذ القرارات المناسبة التي تحقق مصلحة المريض ولا تضر به. وكانت العلاقة في الماضي قائمة على أساس الأبوية والتي تعني أن الطبيب بما يملكه من معرفة طبية ومهارات، أقدر على اتخاذ القرار المناسب نيابة عن المريض. ولهذا أعطي كثيرا من الصلاحية والسلطة أحيانا في اتخاذ القرارات، فإن الوضع اليوم أصبح مختلفاً. ففي كثير من المجتمعات ـ ومنها مجتمعنا ـ أصبح الناس أكثر وعيًا واهتماما بصحتهم، ومن هنا فهم يتوقعون إشراكهم في اتخاذ القرارات وضرورة اطلاعهم على تفصيلات مناسبة عن أمراضهم ووسائل تشخيصها، وعلاجها، ومضاعفاتها، ومآلاتها، تساعدهم في اتخاذ القرارات على أساس سليم.

دور الطبيب مع عائلة المريض

في المجتمعات الشرقية عمومًا، وفي المجتمع السعودي خصوصًا، تلعب عائلة المريض دورًا مهمًا في رعايته والاهتمام به، خاصة الدائرة الأولى من الأقارب كالآباء والأمهات والأبناء والبنات والإخوة والأخوات. ولأن علاقتهم تكون

---

(1)Wang dc, Guo CB, Pen X ,et al. Is therapeutic non-disclosure still possible.Support Care Cancer,2001;19:1191-1195.

لصيقة بالمريض، فلا مناص للطبيب من التعامل معهم. ومن هنا وجب على الطبيب أن يتخذ آلية مناسبة لهذا التعامل، ومن ذلك إقناع المريض بضرورة إخبار أهله وذويه عن طبيعة مرضه حتى يساعد ذلك في حسن رعايته وعلاجه.

المصالح التي تتحقق من إخبار المريض بمرضه الخطر أو المميت:

هناك مصالح كثيرة يمكن تحقيقها جراء إخبار المريض والإفصاح له عن مرضه، حتى لو كان مميتًا، ومنها:

١. ترسيخ ثقة المرضى بالأطباء، فعندما يعلم المرضى بأن الطبيب لا يكذب عليهم أو لا يخفى أية معلومات عنهم؛ فإنهم يزدادون ثقة به فيما يخبرهم عنه، ولا يلجؤون إلى غيرهم لكي يعطيهم معلومات عن مرضهم ربما تكون خاطئة أو غير دقيقة.
٢. مراعاة المصلحة الشرعية التي تتحقق للمريض في معرفته أنه مقدم على الوفاة فيتوب إلى الله عز وجل إن كان على ذنب أو معصية، ويقبل على الله، وهي مصلحة عظيمة يجب عدم تفويتها.
٣. تحقيق مصلحة المريض الدنيوية حيث بإمكان المريض عند معرفته بأن مرضه مميت أن يعمل ترتيباته الخاصة مثل قضاء الدين، والوصية، وإعطاء معلومات لأبنائه وورثته قد يكون أخفاها عنهم فيما مضى أو ليسوا على علم بها.

٤. قد يكون من المريح نفسيًا لعائلة المريض وأقاربه عندما يكون عالمًا بمرضه وملابساته فتختفي تلك النظرات الزائغة التي قد يفهمها المريض، لكنه لا يجد تفسيرًا واضحًا لها، حيث أقاربه يعلمون أنه مصاب بمرض مميت وهو لا يعلم.

مساوئ إخبار المريض بمرضه الخطير أو المميت

يمكن تلخيص هذه المساوئ فيما يأتي:

١. قد تحدث ردة فعل نفسية عنيفة عند المريض فيؤدي هذا إلى انهيار نفسي، وعدم القدرة على التعامل مع الحدث، والمعروف أن ردة الفعل النفسية تحدث لكل الناس عندما يتلقون خبرًا كهذا، وقد تطول أو تقصر مدة هذا الانفعال قبل أن يتأقلم الشخص مع المشكلة، ويتعامل معها بتوازن، وهناك فئة من الناس قد ينهارون انهيارًا تامًا طويل الأمد، وهذا مكمن المشكلة.

٢. في حالات نادرة ـ وأظنها مستبعدة في مجتمع المسلمين ولله الحمد ـ قد يقدم المريض على الانتحار إذا علم أن مصيره الموت نتيجة لهذا المرض، وخاصة إذا كان يشعر بآلام مبرحة.

٣. قد يستخدم الطبيب طريقة غير مناسبة في الإخبار عن المرض مثل أن يعطي كل التفاصيل أو أن يقدم الخبر السيئ دون مراعاة لشعور المريض، مما ينتج عنه من رد فعل حاد من قبل المريض.

٤. قد يفضل بعض المرضى أن لا يخبر بشكل دقيق عن تفاصيل ما سيؤول إليه مرضه، ولا بد من احترام هذه الرغبة.

وبعد هذا الاستعراض للاعتبارات الأخلاقية والشرعية حول الموضوع، وبعد سرد محاسن إخبار المريض عن مرضه المميت ومساوئه؛ يحسن بنا أن نرجح رأيًا مع ذكر مسوغات هذا الترجيح، ثم كيفية التعامل مع المريض في هذه الحالة.

والذي نرجحه أن يخبر المريض بمرضه حتى إن كان من الأمراض المؤدية إلى الوفاة، لأن المصالح المترتبة على هذا الإخبار تفوق في نظرنا – والله أعلم – المساوئ المترتبة عليه، وهناك استثناءات قليلة لهذه القاعدة سنتطرق لها فيما بعد.

القضايا القانونية المتعلقة بالإخبار

قد يترتب على عدم إخبار المريض بتشخيص مرضه ومضاعفاته، ومآلاته وطرق علاجه، مسؤولية قانونية، إذ قد يدعي المريض، مثلًا، أنه أجريت له إجراءات لا يدرك أنها متعلقة بمرضه، أو أن عدم إخباره بحقيقة مرضه قد فوت عليه مصلحة ما، أو أنه قد أضر به.

وهذه الحالات ـ وإن كانت نادرة الحدوث ـ قد تؤثر في العلاقة بين الطبيب والمريض، كما أنها قد تشوه سمعة الأطباء.

ومن هنا، جاء في نظام مزاولة المهن الصحية بالمملكة العربية السعودية وبالتحديد في المادة الثامنة عشرة منه، ما نصه:

"يلتزم الممارس الصحي بتنبيه المريض أو ذويه إلى ضرورة اتباع ما يحدده لهم من تعليمات، وتحذيرهم من خطورة النتائج التي قد تترتب على عدم مراعاتها بعد

شرح الوضع العلاجي، أو الجراحي وآثاره وللطبيب في حالة الأمراض المستعصية أو التي تهدد حياة المريض بالخطر أن يقدر – وفقاً لما يمليه عليه ضميره – مدى ملاءمة إبلاغ المريض أو ذويه بحقيقة المرض، وذلك ما لم يكن المريض حظر عليه ذلك، أو عين شخصاً أو أشخاصاً يقتصر الإبلاغ عليهم."

فالنظام يوجب الإفصاح من حيث الأصل، إلا أنه يترك المجال مفتوحًا أمام الطبيب في حالة الأمراض المستعصية أوالمهددة للحياة، ليقدر ما إذا كان من المناسب الإفصاح للمريض أو ذويه أم لا. وهو أمر مستغرب، ونتحفظ عليه. فهذا الاستثناء إذا اتسعت دائرته سيكون مضرًا بالمريض دون شك.

هل يريد المرضى معرفة الحقيقة؟

قد يتبادر إلى أذهان الناس أحيانا ـ وخاصة أقارب المريض، وربما بعض الأطباء ـ أن المرضى لا يريدون معرفة الحقيقة إذا كانت تحمل خبرًا سيئًا لهم بالإصابة بمرض السرطان أو غيره مع الأمراض التي لا يرجى شفاؤها أو أنها تؤدي إلى الهلاك.

وعلى النقيض تمامًا، فقد أثبتت دراسات كثيرة أجريت في دول عدة، تبين منها أن المرضى يريدون معرفة الحقيقة وإن كانت مرة، وعلى سبيل المثال: فقد وجدت دراسة أجريت في بريطانيا أن ٨٧٪ من المرضى يودون معرفة كل شيء

ممكن عن أمراضهم، [١] وهكذا كان الحال بالنسبة للمرضى في الولايات المتحدة الأمريكية، وكندا، وأستراليا. [٢]

ومع أن الناس في البلاد الشرقية، ومنها العربية والإسلامية يميلون إلى عدم الإخبار من حيث المبدأ، كما ثبت في بعض الدراسات،[٣] إلا أن هذا الوضع بدأ في التغير في العقود الأخيرة.[٤]

وقد ثبت ذلك حتى في الدراسات المحلية في المجتمع السعودي مع تفضيل غالبية المرضى إخبار أفراد الأسرة. [٥]

وفي دراسة أخرى، وجد أن ٨٠٪ يرون ضرورة الإخبار، و٥ ,٨٧ ٪ يريدون أن يعرفوا حتى لوكان سرطانا، كما أن ٩٨٪ يفضلون معرفة مآل المرض حتى لوكان سيئًا أو خطرا خطورة شديدة.[٦]

---

(1) Jenkins V, Fallow Fiedd L, and Saul J. Information need of patients with cancer: results from a large study in UK Cancer Centres. BJ Cancer 281; 84: 48-51, 2003.

(2)Tuckett AG. Truth-telling in clinical practice and the arguments for and against: A review of the literature. Nurs Ethics, 2004; 11: 500-511. & Sullivan RJ, Manapace LW, and White RM. Truth-telling and patient diagnosis. J Med Ethics, 2001; 27: 192-197.

(3)Surbone A. Cultural aspects of communication in cancer, 2008; 16: 235-240. & Parker SM, Clayton JM, Hancock K, Walder S, Buttow PN, Carrick S, et al. A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: Patient/Caregiver preference for content, style and timing of information. Journal of pain and symptom managment; 34: 81-93. & Hancock K, Parker SM, Wal der S, Butow PN, Currow D, Gheris D, et al. Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illness – a systematic review. Pallitative Med 2007; 21: 507-517.

(4) Al-Amri AM. Cancer patient’s desire for information: a study in a teaching hospital in Saudi Arabia. Eastern Med Health J; 15 19-24. & Liu Y , Yang J, Huo D, Fan H, and Gao y.Disclosure of cancer diagnosis in China: the incidence, patients’ situation, and different preferences between patients and their family members and related influence factors. Cancer Management and Research,2018;10:2173-2181.

(5)Al-Amri AM. Attitudes of Saudi Medical students towards disclosure of information on cancer in Eastern Saudi Arabia. J Fam and Comm Med; 18: 54-58.

(6) Zekri JM,Karim Sm,Bassi S,et al.Breaking bad news,preference of cancer patients in Saudi Arabia.J Palliative Care Med,2015;5:207.

التجاوب مع طلب أقارب المريض

في حالات كثيرة ـ وخاصة في مجتمعاتنا الشرقية، ومجتمعنا السعودي على وجه الخصوص ـ يطلب أقارب المرضى عدم إخبار المريض بحقيقة مرضه، وقد يواجه الطبيب صعوبة بالغة في التعامل مع هذا الموقف، خاصة مع إصرار أقارب المريض على عدم إخباره بحجة أن هذا سيؤثر عليه سلبًا، وزعمهم أنهم أدرى بوضعه، وطريقة تفكيره، وردود أفعاله.

وقد يؤثر هذا في قرار الطبيب بالإخبار. وهنا لا بد للطبيب من طمأنة أقارب المريض بأن الأفضل هو أن يعرف المريض عن مرضه بوضوح، وأن ذلك سيتم بطريقة مناسبة، كما يجب أن لا يفوته بيان بعض الإيجابيات في إخباره، وبيان بعض السلبيات في عدم إخباره.[1]

وفي حالات نادرة عندما يحس الطبيب أن المريض فعلًا، قد لا يحتمل مثل هذا الخبر أو أن إخباره سيضر به إضرارًا بالغًا لا بأس من إخفاء الحقيقة عنه، فلا ضرر ولا ضرار.

طريقة الإخبار

مع أنه لا توجد طريقة واحدة محددة للإخبار، فقد شاعت في الأوساط

---

(1) Aljubran AH. The attitude towards disclosure of bad news to cancer patients in Saudi Arabia. Ann Saudi Med. 2010 Mar-Apr;30(2):141-4. doi: 10.4103/0256-4947.60520. PMID: 20220264; PMCID: PMC2855065.

الطبية، خاصة التي تتعامل مع مرضى السرطان، إستراتيجية وضعها مجموعة من الأطباء [1]، وانتشرت بين الأطباء، خاصة من يتعاملون مع مرضى السرطان، والغرض من هذه الإستراتيجية أو البروتوكول هو:

أ. جمع المعلومات من المريض، ومعرفة ما لديه عن المرض، وتوقعاته، ومدى استعداده لتقبل الخبر السيئ.

ب. تقديم المعلومات بطريقة تناسب المريض، واحتياجاته، ورغباته.

ج. دعم المريض ليصبح أكثر قابلية لمواجهة الصدمة.

د. وضع الخطة العلاجية بالتفاهم مع المريض، والتأكد من تعاونه.

وتتكون هذه الإستراتجية من ست خطوات، ووضع لها اسم مختصر باللغة الإنجليزية، هو SPIKES وسنعرض هنا ملخصًا لهذه الإستراتيجية للاستفادة منها عند إخبار المرضى، وهي كالآتي:

١. **الإعداد للمقابلة:** S : Sitting the interview

ويعني بذلك إعداد مكان مناسب، كغرفة هادئة تعد لهذا الغرض. وإذا لم يتوفر فيمكن أن يتم الإخبار في نفس غرفة المريض على أن تسدل الستائر مثلًا، ويطلب من الموجودين الهدوء، ومن ذلك أيضًا استشارة المريض فيمن يريد أن يكون موجودًا وقت الإخبار، ومنها الجلوس مع المريض على مستوى واحد في

---

(1)Baile WF,Buckman R, Lenzi R,Glober G,etal. Six-step protocol for delivering bad news: Application to the patients with cancer. The Oncologist2000;5:302-311.

أثناء الإخبار، والنظر إليه، إذا كان ذلك مريحًا له، والتربيت على كتفه، إذا لم يكن ذلك مزعجًا أو ممنوعًا، كأن يكون من جنس آخر. ومن ذلك أيضًا إعطاء وقت كاف للإخبار دون مقاطعة من أحد، ومن ذلك المكالمات الهاتفية.

٢. تقويم فهم المريض ومعرفته: P : Assesement of perception

وفي هذه المرحلة يتم التعرف على مدى إدراك المريض لمرضه، وماذا لديه من المعلومات عنه، وفهمه لهذه المعلومات. ومن ذلك، مثلًا، سؤاله: ما الذي يعرفه عن مرضه؟ ومن الذي أعطاه هذه المعلومات؟ وما تقويمه لهذه المعلومات؟ كما قد يشمل هذا أفكاره حول المرض وتوقعاته وآماله.

٣. تقويم ما الذي يريد المريض معرفته: I : Obtaining Patient Invitation

وفي هذه المرحلة يتم تحسس مدى احتياج المريض للمعلومات عن مرضه، كمًا وكيفًا. ويمكن هنا سؤال المريض عما إذا كان يريد معرفة كل شيء أم أنه يريد معرفة مرضه على وجه العموم، وما الطريقة التي يفضل بها أن تعطى له المعلومات: هل يريد أن نعطيه المعلومات كلها دفعة واحدة أم يفضل أن نعطيه بعضها في هذه المرحلة؟ ويتم إعطاء باقيها في المستقبل. كما يمكن سؤال المريض في هذه المرحلة عن رأيه في إعطاء المعلومات لأقاربه.

٤. إعطاء المعلومات: K : Giving Knowledge and information to the patient

يفضل تهيئة المريض قبل البدء في إعطاء المعلومات، بأن يعطي بعض

المقدمات عن أن المعلومات التي سيسمعها قد تكون غير محببة له أو سيئة، فقد يخفف هذا من وقعها عليه. وبعد ذلك تعطى له المعلومات بوضوح وتبسيط قدر الإمكان، ويفضل عدم استخدام المصطلحات الطبية التي لا يفهمها المرضى، كما يفضل إعطاء المعلومات بالتدرج وليس دفعة واحدة، مع إعطاء المريض فرصة للتأمل وطرح الأسئلة.

٥. الإستراتيجية والتلخيص: S:Strategy and summary

هنا يتم التحدث مع المريض عن مستقبله، والتخطيط لهذا المستقبل، وتحديد الإجراءات التي ستتخذ بشأنه مستقبلًا، ومآلات المرض المتوقعة إجمالًا، والتعامل مع تخوفات المريض.

وقد يشمل هذا جمع مزيد من المعلومات، وإجراء مزيد من الفحوص، وعلاج الأعراض التي يشكو منها حاليًا، وغير ذلك من الأمور المتعلقه بمستقبله مع المرض.

وهنا يتم أيضًا طمأنة المريض، بأنه سيحظى بالرعاية الطبية الملائمة لحالته، واستعداد الفريق الطبي للتواصل معه كلما احتاج إلى ذلك.

ولا بد من الإشارة إلى أن هذه الاستراتيجية قد وجدت قبولًا من عدد كبير من المتخصصين في مجال علاج السرطان.[1] وهي خطوات مترابطة، ومتماسكة إلى

---

(1) Buckman R. Breaking bad news: The SPIKES strategy. Community oncology;2(2)Mar/Apr,2005:138-142.

حد كبير، ويمكن أن تكون عونًا لكل طبيب يحتاج إلى إعطاء خبر سيئ لمريض أو لأقاربه.

من المسؤول عن إخبار المريض؟

مما لا شك فيه أن مسؤولية تشخيص المرض وعلاجه، وتحديد الإجراءات اللازمة بخصوصه، مسؤولية كبيرة، ولذا تناط هذه المسؤولية بالاستشاري المعالج للمريض أو من ينوب عنه حال غيابه، وهذا مما تعارف عليه العاملون في المجال الصحي. ولا يقل إخبار المريض عن مرضه ومآلاته عن مسؤولية التشخيص والعلاج، ومن هنا فهي منوطة أيضًا بالاستشاري المعالج، إلا إذا تعذر ذلك وخيف فوات مصلحة أو حصول ضرر على المريض، فيمكن أن يتولى الإخبار من ينوب عن الاستشاري.

مناقشة الحالات

الحالة الأولى:

يبدو للوهلة الأولى أنه لا مشكلة هنا في عدم إخبار السيد (أبو عادل) عن حقيقة مرضه، وذلك لأن سرطان البنكرياس من الأمراض الصعبة جدًا، وأن الأمل في الشفاء منها ضعيف جدًا، وربما بحجة أن المريض كان سيموت في كل الأحوال، فلا ضرر إذن من عدم الإخبار. وربما يقول قائل: إن في عدم إخباره مصلحة له، حيث إن ذلك قد جنبه وقع الألم النفسي لخبر إصابته بمرض

السرطان. وكل هذه أمور موهومة، وقد لا تكون حقيقية. وفي المقابل يمكننا القول بأن إخباره بحقيقة مرضه فيه مصلحة، حيث يمكن أن يرتب أمور حياته مثل الوصية، والديون وغيرها من المصالح الدنيوية، ويضاف إليها ـ وربما كانت أهم منها المصالح ـ الأخروية كالتوبة من الذنوب والمعاصي، والتحلل من الناس وغيرها من المصالح، وهي أمور مهمة وواقعية وليست موهومة. وفي كل الأحوال، كان الأولى استكشاف ما إذا كان إخباره بحقيقة مرضه سيكون في مصلحته أم سيكون مضرًا به.

الحالة الثانية:

كثيرًا ما يواجه الأطباء طلبات من أقارب المريض، وخاصة أبناءه، بحجة أنهم أعلم بحاله، وأن إخباره سيؤثر عليه سلبًا، وأن الأفضل عدم إخباره. وقد تبين لنا أن هذا مجرد وهم، ففي كثير من الحالات يكون إخبار المريض أكثر إراحة لهم، وأكثر إراحة لأقاربهم أيضًا. فيزول التوتر من تخوف أفراد أسرته من إخباره بطريقة مفاجئة، من طبيب أو ممارس صحي آخر أو حتى أحد الأقارب. إنه لمن الصعوبة بمكان تصور وضع يعلم كل الناس عن إصابة المريض بالسرطان، ولا يعلم هو بحقيقة مرضه.

إن مثل هذا التشخيص يترتب عليه القيام بإجراءات طبية متعددة، مما يدخل المريض في دوامة من الشكوك، ويضطر الطبيب وأقارب المريض للكذب عليه وإيهامه بأنه سليم، والأمر على عكس ذلك.

والأفضل في هذه الحالة أن يتم النقاش بوضوح مع قريبه الأدنى بضرورة إخباره باستخدام الوسائل المناسبة بعد تهيئة البيئة المناسبة لهذا الإخبار تجنبًا لسلبيات عدم الإخبار التي ذكرت سابقا.

الحالة الثالثة:

يمثل هذا الوضع معضلة أخلاقية، خاصة في مجتمعاتنا المحلية، فكثيرًا ما يفتئت الأزواج على الزوجات، ويقفزون فوق حقوقهن، خاصة في مجال الصحة.

ونؤكد هنا أن للمرأة البالغة العاقلة الحق الكامل، مثلها مثل الرجل في معرفة حقيقة مرضها، والإذن بالإجراءات التشخيصية والعلاجية دون تمييز على الإطلاق، فقد كفل الشرع والنظام لها ذلك دون لبس أو غموض [١]. (انظر المادة التاسعة من نظام مزاولة المهن الصحية بالمملكة).

وإذا كان سيؤخذ إذنها في الإجراءات الطبية؛ فمن الطبيعي أن تكون على دراية كاملة بحقيقة مرضها ومضاعفاته ومآلاته.

كان الأولى بالطبيبة في هذه الحالة أن تخبر المريضة نفسها بحقيقة مرضها، وأن لا تكتفي بإخبار زوجها، تأكيدًا لحقها في أن تعرف، ودرءا لمفسدة تقاعسها عن متابعة العلاج، ودرءا لضرر حدوث كارثة كالتي حصلت لها بتقدم المرض، وحدوث مضاعفات فظيعة كالتي حصلت لهذه المريضة، والتزاما برعاية المريض أو المريضة مبدأً أساسيًا للممارسة الطبية الجيدة.

---

(١) نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته التنفيذية. https://cutt.us/nIBJz



الحالة الرابعة:

يخطئ بعض الأطباء أحيانًا ويتسرعون في إخبار المريض بمرض خطير كالسرطان، دون مراعاة لحاله والظروف المحيطة به، ويبقى عنصر المفاجأة من أشد الأمور وقعًا على المريض حالة إخباره، خاصة إذا لم تكن هناك أية مقدمات لهذا الإخبار.

ففي حالة هذا المريض، كان هناك خطآن: الخطأ الأول: أن الطبيب المعالج لم يخبر المريض بحقيقة مرضه، لأسباب قد تكون وجيهة، وقد لا تكون. وفي كل الأحوال كان الأولى به على الأقل أن يوحي للمريض إيحاء بنوعية المرض، وأن يخبر ابنه، إذا قدر مثلًا أن إخبار المريض ذاته ليس سائغًا في هذه المرحلة.

والخطأ الثاني: هو أن الجراح قد تسرع في مواجهة المريض بحقيقة مرضه فجأة ودون مقدمات، ودون أن يتأكد من أنه يعلم بهذه الحقيقة مما شكل صدمة عنيفة للمريض وابنه على حد سواء.

كان الأولى بالطبيب المعالج أن يخبر المريض بوضوح، وهذا هو الاختيار الأول والأفضل تجنبًا لما يترتب على عدم إخباره من صدمته ورفضه الاستمرار في العلاج نظرًا لاهتزاز ثقته بالأطباء الذي يعالجونه حين أخفوا عنه حقيقة مرضه، وطلبوا منه الموافقة على إجراءات ربما لم ير أي مسوغ لها في نظره.

***

الفصل الثامن:

العلاقة بين أفراد الفريق الصحي

العلاقة بين أفراد الفريق الصحي

يتطلب العمل في المجال الصحي أن يكون الممارس الصحي ضمن فريق يؤدي كل فرد فيه دوره، فتتكامل أدوارهم لتقديم رعاية صحية أفضل للمرضى وذويهم.

وقبل أن نبدأ بالحديث عن الفريق الصحي والجوانب الأخلاقية المتعلقة بالعمل ضمن فريق في المجال الصحي؛ حري بنا أن نشير إلى بعض الأمور المتعلقة بمفهوم الفريق، ومزايا العمل ضمن فريق.

ما الفريق؟

يمكن تعريف الفريق بأنهم مجموعة من الأفراد تعمل معًا لتحقيق هدف مشترك[1]، ويملك هؤلاء الأفراد في الغالب مهارات مختلفة، ليساهم كل فرد بفعالية من خلال الاستخدام الأمثل لهذه المهارات لتحقيق الهدف المشترك.

مزايا العمل ضمن فريق

يتميز العمل ضمن فريق، إذا سادت روح الفريق بفعالية، بالمزايا الآتية:

١- شمولية الرعاية وجودتها:

مما لا شك فيه أن رعاية المريض من قبل فريق صحي تتكامل مهاراته

---

(1) https://hrdiscussion.com/hr32340.html المنتدى العربي لإدارة الموارد البشرية
https://www.managementstudyguide.com/understanding-team.htm Management study guide

ومعارفه وخبراته، سيؤدي إلى أن تكون الرعاية شاملة لكل الجوانب التي تهم المريض، وتساهم في جودة هذه الرعاية بحيث تشمل كل الجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية، حيث يساهم كل فرد من أفراد الفريق الصحي في الجانب الذي يتقنه أكثر من غيره، فتتكامل الرعاية، فيلقى المريض رعاية أكثر فعالية.

٢- استمرارية الرعاية:

يساعد العمل ضمن فريق في استمرارية الرعاية الصحية للمريض، خاصة إذا كانت وسائل الاتصال بين أفراد الفريق الصحي متوفرة، وطريقة التواصل فعالة، فيمكن تبادل المعلومات والاستمرار في الرعاية، وتحقيق الأهداف بشكل أفضل.

٣- تناسق الرعاية وتنسيقها:

يمكن للعمل ضمن فريق أن يساهم بفعالية في تنسيق الرعاية الطبية المقدمة للمريض، وفي دمج مستويات الرعاية المختلفة بفعالية أكثر من تقديمها بواسطة أفراد متفرقين.

٤- التعلم والتعليم وتبادل الخبرات:

يمكن للعمل ضمن فريق أن يساهم بفعالية في تعلم الأفراد بعضهم من بعض، حيث يتبادلون المعرفة والخبرات، ويستفيد كل عضو من الفريق من مهارات الآخرين، مما يزيد من جودة الرعاية التي يقدمونها. وبهذا تستخدم الخبرات في مجالها المناسب، كما تصبح هناك رقابة جماعية تؤدي إلى الاهتمام بالجودة، انطلاقًا من الولاء للفريق، وتحسن الأداء.

٥- القناعة والرضاء الوظيفي:

من المتوقع أن يؤدي العمل ضمن فريق إلى قناعة أكبر لدى الأفراد، ورضًا وظيفي أفضل، كما يساعد العمل ضمن فريق على التكيف عند مواجهة الصعوبات، وعند الفشل أيضًا.

متطلبات العمل ضمن فريق:

يحتاج العمل ضمن فريق إلى جملة من الأمور التي لا بد من توافرها حتى يؤدي الفريق عمله بشكل أفضل ومنها:

١- التعاون والمشاركة:

وهي خصيصه مهمة من خصائص العمل الجماعي والعمل ضمن فريق، فمتى ما كان التعاون قائمًا بين أفراد الفريق، وأدى كل واحد منهم دوره في الوقت المناسب وبالشكل المناسب كان عمل الفريق أكثر فعالية. فالتعاون على الخير دعوة قرآنية، قال تعالى: ﴿ وَتَعَاوَنُوا۟ عَلَى ٱلْبِرِّ وَٱلتَّقْوَىٰ ۖ وَلَا تَعَاوَنُوا۟ عَلَى ٱلْإِثْمِ وَٱلْعُدْوَٰنِ ۚ وَٱتَّقُوا۟ ٱللَّهَ ۖ إِنَّ ٱللَّهَ شَدِيدُ ٱلْعِقَابِ ﴾ (المائدة:٢).

٢- الثقة المتبادلة:

لا يمكن للعمل ضمن فريق أن يؤتي ثماره إلا مع وجود الثقة المتبادلة بين أفراده. وكلما زادت هذه الثقة زادت فعالية الفريق، ولا يتصور أن يقوم فريق ما بعمل فعال إذا كان أفراده لا يثق بعضهم ببعض.

٣- **الإحترام المتبادل:**

إن احترام أفراد الفريق بعضهم بعضًا له أهميته في تقوية العلاقة بينهم، إذ إن شعور كل فرد بأنه محترم من الآخرين، وأن موقعه في الفريق مقدر ومحترم يجعله أكثر ولاء للفريق، ويساهم مساهمة فعالة في الإنجاز والإبداع والتحفيز.

٤ – **التواصل:**

إن استخدام مهارات التواصل بين أفراد الفريق الصحي، مثل حسن الإستماع، وحسن الكلام، ومراعاة المشاعر، وعفة اللسان، ووضوح الكلمات، ومراعاة لغة الجسد، مما يجعل الطرف الآخر مرتاحًا ومطمئنًا إلى عملية التواصل. وكلها تساهم في زيادة الثقة، وحسن العلاقة بين أفراد الفريق الصحي، وبث روح الفريق، وينعكس إيجابيًا على عمل الفريق وجودة أدائه. وعلى العكس تمامًا إذا كان التواصل بين أفراد الفريق اعتراه الخلل؛ فإن ذلك سيؤدي حتما إلى سوء العلاقة، وإعتلال روح الفريق، مما ينعكس سلبيًا على عمل الفريق وجودة أدائه.

٥ – **الالتزام:**

الالتزام صفة من صفات الاحتراف المهني التي يجب أن يتصف بها كل ذي مهنة، وكلما كان أفراد الفريق ملتزمين بأداء أعمالهم على الوجه الأكمل، كان ذلك أدعى إلى تحقيق الأهداف المنوطة بالفريق. وعندما يقصر الأفراد في التزامهم بأداء واجباتهم، فلا شك أن ذلك سينعكس سلبًا على أداء الفريق كله، ويصبح غير قادرعلى أن يحقق أهدافه.

٦-تحمل المسؤولية:

إن شعور كل فرد من أفراد الفريق الصحي بمسؤوليته، وتحملها بإخلاص وأمانة وإتقان كفيل بأن يكون عمل الفريق أكثر دقة وجودة وتميزًا.

وهذه كلها تقوي أواصر العلاقة بين أفراد الفريق الصحي، وتجعلهم يشعرون بولائهم وانتمائهم للفريق، وتحقيق أهدافه وغاياته التي وُجِد من أجلها.

أخلاقيات العمل ضمن فريق صحي

في تعامل أعضاء الفريق الصحي ببعض، لا بد من الالتزام بأخلاقيات التعامل الحسن، تحقيقًا لقيم الرقي في التعامل الإنساني.

وتقوم علاقة إنسانية مهنية بين أفراد الفريق الصحي، من خلال وجودهم في بيئة العمل، وتشاركهم في تقديم الرعاية للمرضى، وقد تمتد هذه العلاقة إلى سنوات طويلة. ومن هنا لا بد من ضبط هذه العلاقة بالضوابط الأخلاقية، حتى ترشد المسيرة، ويتحقق أكبر قدر من الإيجابية في محيط هذه العلاقة.

وهناك قيم أساسية لا بد من توفرها، وهي:

أولًا: الصدق

فالصدق قيمة أخلاقية رفيعة حث عليها ديننا الحنيف، فقال تعالى: ﴿ يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ ٱتَّقُواْ ٱللَّهَ وَكُونُواْ مَعَ ٱلصَّٰدِقِينَ ﴿١١٩﴾ ﴾ (التوبة:١١٩). وهناك جملة من الآيات والأحاديث النبوية الدالة على أهمية الصدق في كل أمر من الأمور، ومنها

التعامل فيما بين الناس. وإذا سادت قيمة الصدق زادت ثقة الناس بعضهم ببعض، فالناس يثقون بالشخص الصادق في أقواله وأفعاله وتعاملاته. ويتعامل أفراد الفريق فيما بينهم على هذا الأساس.

ثانيًا: الأمانة

الأمانة قرينة الصدق، كما أنها قرينة الإيمان. يقول الله سبحانه وتعالى مادحاً المؤمنين: ﴿ وَٱلَّذِينَ هُمۡ لِأَمَٰنَٰتِهِمۡ وَعَهۡدِهِمۡ رَٰعُونَ ﴿٨﴾ ﴾ (المؤمنون:٨).

ويقول المصطفى ﷺ: «**لا ايمان لمن لا أمانة له**»[١]. فعندما تقوم العلاقة بين أفراد الفريق الصحي على أن يأتمن كل منهم الآخر على حقوقه بشتى أنواعها، وعلى أمانته في أداء علمه، يرتقي مستوى هذا الفريق وأداؤه إلى القمة، والعكس صحيح.

ثالثًا: الصبر

العمل ضمن فريق صحي يعني أن الممارس الصحي سوف يتشارك مع آخرين في مجال العمل، ممن قد تتباين خلفياتهم الثقافية والإجتماعية، كما تختلف طبائعهم وتتنوع شخصياتهم. والتعامل مع أفراد هذه صفاتهم يحتاج إلى الصبر وسعة الصدر. وإفساح المجال لهذا الاختلاف والتنوع بين أفراد الفريق، وعدم الضيق به نوع من الصبر المحمود الذي يجدر الاتصاف به. قال رسول الله ﷺ:

---

(١) الألباني: صحيح الترغيب، الرقم: ٣٠٠٤، خلاصة حكم المحدث: صحيح. الدرر السنية.
https://www.dorar.net/hadith/sharh/11991

«ومَن يصبِرْ يُصبِّرْه اللهُ، وما أُعطِيَ أحَدٌ عَطاءً هو خَيرٌ وأوسَعُ مِن الصبر». [1]

رابعًا: العدل

العدل قيمة شرعية وإنسانية راقية لا تستقيم الحياة إلا بها، فها هو شرعنا الحنيف يأمر بالعدل، قال تعالى: ﴿ ۞ إِنَّ ٱللَّهَ يَأۡمُرُ بِٱلۡعَدۡلِ وَٱلۡإِحۡسَٰنِ وَإِيتَآيِٕ ذِي ٱلۡقُرۡبَىٰ وَيَنۡهَىٰ عَنِ ٱلۡفَحۡشَآءِ وَٱلۡمُنكَرِ وَٱلۡبَغۡيِۚ يَعِظُكُمۡ لَعَلَّكُمۡ تَذَكَّرُونَ ٩٠ ﴾ (النحل:٩٠).

وفي تعاملات الناس بعضهم مع بعض؛ لا بد أن يسود العدل، فإعطاء كل ذي حق حقه من غير تحيز أو محاباة أو تحكم هوى النفس أو للتفرقة بين المستحقين؛ واجب شرعي على المسلم أن يلتزم به في تعاملاته كلها.

خامسًا: النصح والتناصح

أصل النصح في اللغة العربية: الخلوص، أي أن تخلص فيما تدعو إليه الآخرين فلا تدعوهم إلا إلى ما يفيدهم وينفعهم، ومن هنا فإن بذل النصح يتعدى قضية تنبيه الإنسان إلى أخطائه وتقصيره على سبيل الإرشاد إلى أن تساعده في الوصول إلى كل ما ينفعه.

قال رسول الله ﷺ: «**وإذا استنصحك فانصح له**»[2]، أي إذا طلب منك النصيحة فانصحه.

---

(١) صحيح البخاري الصفحة أو الرقم 1469 .الدرر السنية. https://www.dorar.net/hadith/sharh/3882

(٢) رواه مسلم (٢١٦٢). الدرر السنية. https://2u.pw/iRbci.

وعن جرير بن عبد الله رضي الله عنه قال: " **بايعت رسول الله ﷺ على إقامة الصلاة، وإيتاء الزكاة، والنصح لكل مسلم**".[١] أي ترشده إلى كل ما ينفعه، وما تحبه لنفسك لو كنت مكانه. ويتأكد هذا في حق من استشارك. فرسول الله ﷺ يقول: «**إن المستشار مؤتمن**».[٢]

فلا بد من بذل المشورة بأمانة وإخلاص، بحيث يحقق ذلك نفع المستشير ومصلحته لا ضرره.

سادساً: حسن التعامل:

حسن التعامل بين أفراد الفريق الصحي، وشيوع حسن الخلق، والعفو والسماحة والمودة تبعث على الألفة، وتجعل العلاقة أكثر تحقيقًا للرعاية الصحية الجيدة.

قَالَ ﷺ: «اتَّقِ اللهَّ حَيْثُمَا كُنْتَ، وَأَتْبِعِ السَّيِّئَةَ الْحَسَنَةَ تَمْحُهَا وَخَالِقِ النَّاسَ بِخُلُقٍ حَسَنٍ».[٣]

وهناك أمور من شأنها أن ترسخ حسن التعامل وبناء الألفة والمودة، ومنها:

١ – التحية ورد السلام:

---

(١) البخاري: صحيح البخاري، الصفحة أو الرقم: ٢١٥٧. الدرر السنية. https://www.dorar.net/hadith/sharh/34029.

(٢) الترمذي – المصدر: سنن الترمذي، الصفحة أو الرقم: ٢٣٦٩ – خلاصة حكم المحدث: حسن صحيح غريب. https://www.dorar.net/hadith/sharh/3992.

(–) الألباني |المصدر: صحيح الترمذي الصفحة أو الرقم | 1987 :خلاصة حكم المحدث: حسن. https://2u.pw/nDmPu

فإلقاء التحية وردها بين أعضاء الفريق الصحي، وإفشاء السلام فيما بينهم، هي أولى مفاتيح المودة.

يقول رسول الله ﷺ: «**ألا أدلكم على شيء إذا فعلتموه تحاببتم؟ أفشوا السلام بينكم**».. الحديث" [١]، ومن ذلك المصافحة، لمن تجوز مصافحته، كمصافحة الرجل للرجل، والمرأة للمرأة.

٢- حسن الاستقبال والبشاشة والتبسم

ولا شك أن هذه من أهم الآداب والسلوكيات التي تشعر الآخرين بالتودد لهم، وتؤدي إلى حسن العشرة وطيبها.

يقول المصطفى ﷺ: «**لا تحقرن من المعروف شيئًا ولو أن تلقى أخاك بوجه طليق**». [٢]

ويقول عليه الصلاة والسلام: «**وتبسمك في وجه أخيك صدقة**». [٣]

ومن حسن الاستقبال دعوة الإنسان بأحب الأسماء إليه.

٣- الهدية:

إن الهدية مما يجلب المودة والمحبة بين الناس عمومًا، يقول رسولنا ﷺ: «**تهادوا تحابوا**». [٤]

---

(١) صحيح مسلم. الصفحة أو الرقم 54 الدررالسنية.https://dorar.net/hadith/sharh/37271

(٢) صحيح مسلم الصفحة أو الرقم 2626 :الدرر السنية. https://www.dorar.net/hadith/sharh/17589

(٣) رواه الترمذي (١٩٥٦)، وصححه الألباني في ((صحيح سنن الترمذي)) (١٩٥٦). https://2u.pw/KeSEV

(٤) الألباني، محمد ناصر الدين. تخريج أحاديث منار السبيل. المكتبة الشاملة/ارشيف ملتقى أهل الحديث. https://al-maktaba.org/book/31615/22458#p 20

فقد تتآلف القلوب بالهدية، مهما كانت بسيطة، أكثر مما تتآلف بغيرها، وقد كان النبي ﷺ يهدي ويهدى إليه، وقد قبل الهدية حتى من المشركين.

تقول عائشة رضي الله عنها: كان رسول الله ﷺ يقبل الهدية ويثيب عليها".[١]

٤ - السماحة:

وهي طيب في النفس عن كرم وسخاء، وإنشراح في الصدر عن نقاء وتقى، والتجاوز عن الزلات والأخطاء.

قال رسول الله ﷺ «**الإيمان، الصبر والسماحة**».[٢]

فلين الجانب لمن نتعامل معهم، ومساعدة المحتاجين منهم، وإعانة ضعيفهم، كلها من صور السماحة التي إن اتصف بها أعضاء الفريق الصحي في تعاملهم فيما بينهم فإنها تثبت المودة فيما بينهم. ومن ذلك السعي في مصالحهم دون ضجر أو منٍّ أو ذى.

٥ - التواضع:

التواضع صفة محمودة من اتصف بها ازداد رفعة في نظر الناس، وزاد حبهم له، وقربهم منه.

---

(١) صحيح البخاري، الرقم2585 : الدرر السنية. https://www.dorar.net/hadith/sharh/8736

(٢) الألباني: صحيح الجامع. الصفحة أو الرقم | 2795 :خلاصة حكم المحدث: صحيح. https://www.dorar.net/hadith/sharh/115542

يقول الرسول ﷺ: «**إن الله أوحى إليَّ أن تواضعوا حتى لا يفخر أحد على أحد، ولا يبغي أحد على أحد**». [١]

وقال ﷺ: « .... **وما تواضع أحد إلا رفعه الله**». [٢]

فعلى كل فرد من أفراد الفريق الصحي أن يتواضع للآخرين، ويخفض جناحه لهم، خاصة من كانت منزلته في مقام أعلى في الفريق.

وضد التواضع الكبر، واحتقار الآخرين، والحط من قدرهم، فإنه يسبب نفور الناس وتفرقهم عنه، حتى وإن قبلوه ظاهرًا فإنهم لايقبلونه باطنًا، فالناس لا يحبون الإنسان المتكبر، بل يمقتونه ويبغضونه.

قال رسول الله ﷺ «**لا يدخل الجنة من في قلبه مثقال حبة من كبر**». [٣]

وقال عليه الصلاة والسلام في نفس الحديث: «**الكبر: بطر الحق وغمط الناس**» [٤]، وبطر الحق رده وغمط الناس احتقارهم " فلايجوز احتقار الآخرين، والحط من شأنهم، أو الانتقاص منهم.

سابعا: حسن الخطاب

إن مما يؤلف بين القلوب، ويجلب المحبة، ويبعد النفور الكلمة الطيبة والقول الحسن ...

---

(١) رواه مسلم، (2865) . الدرر السنية. https://2u.pw/nj4I0

(٢) الألباني. صحيح الترمذي الصفحة أو الرقم | 2029 :خلاصة حكم المحدث: صحيح، ورواه مسلم (٢٥٨٨). الدرر السنية. https://dorar.net/hadith/sharh/17185

(٣) صحيح مسلم، الصفحة أو الرقم91 . الدرر السنية. https://dorar.net/hadith/sharh/74332

(٤) صحيح مسلم، الصفحة أو الرقم 91 . الدرر السنية. https://dorar.net/hadith/sharh/74332

يقول الله سبحانه وتعالى: ﴿وَقُولُواْ لِلنَّاسِ حُسۡنٗا﴾. (البقرة:٨٣).

والتعبير القرآني هنا لكل الناس مهما أختلفت أصولهم ومشاربهم وخلفياتهم وحتى أديانهم..

ويقول الرسول ﷺ: «**الكلمة الطيبة صدقة**». [١]

وإذا شاع بين أفراد الفريق الصحي حسن الخطاب وحسن القول مهما ثار بينهم من اختلاف في الرأي، فلا شك أن هذا أدعى للألفة والتآلف والانسجام.

ثامنًا: المحافظه على شعور الآخرين

إن مما يقوي العلاقة بين أفراد الفريق الصحي، ويريحهم عند التعامل أن تقدر مشاعرهم فتتفهمها، وأن تحافظ على شعورهم.. فلا تخاطبهم بما لا يليق.

إن قراءة الحالة الشعورية التي يكون فيها الشخص من تعب أو غضب أو قلق أواكتئاب، ومراعاة هذه الحالة، والتعامل معها بما يناسبها، من المهارات الاجتماعية المهمة التي يجب أن تسود بين أفراد الفريق الصحي.

يدل على ذلك قول رسول الله ﷺ: «**إذا كُنْتُمْ ثَلاثَةً، فلا يَتَناجَى رَجُلانِ دُونَ الآخَرِ حتَّى تَخْتَلِطُوا بالنَّاسِ، أجْلَ أنْ يُحْزِنَهُ**». [٢] ولاشك أن في هذا مراعاة لمشاعر الثالث.

---

(١) صحيح البخاري، 2989 اخرجه البخاري (٢٩٨٩) واللفظ له، ومسلم(1009) الدرر السنية.
https://dorar.net/hadith/sharh/133103

(٢) صحيح البخاري، الصفحة أو الرقم 6290 :الدرر السنية. https://dorar.net/hadith/sharh/67342

وروى معاوية بن الحكم السلمي فقال: "بينما أنا أصلي مع رسول الله ﷺ إذ عطس رجل من القوم، فقلت: يرحمك الله، فرماني القوم بأبصارهم، فقلت: واثكل أمياه! ما شأنكم تنظرون إلي!؟ فـجعلوا يضربون بأيديهم على أفخاذهم، فلما رأيتهم يصمتونني سكت، فلما صلى، عليه الصلاة والسلام، فبأبي هو وأمي، ما رأيت معلمًا قبله ولا بعده أحسن تعليمًا منه، فو الله ما كهرني ولا ضربني ولا شتمني، وإنما قال: إن هذه الصلاة لا يصح فيها شيء من كلام الناس، إنما هو التسبيح والتكبير وقراءة القرآن".[١]

ويدل على ذلك ايضا مراعاته لأحوال الناس ومشاعرهم حتى أثناء تأدية فريضة الصلاة، ومن ذلك:

-ماروا عثمانَ بنِ أبي العاصِ أن النبي ﷺ قال: «**أُمَّ قومَكَ، فمنْ أمَّ قومَه فليُخَفِّفْ، فإن فيهم الكبيرَ، وإن فيهم المريضَ، وإن فيهم الضعيفَ، وإن فيهم ذا الحاجة، وإذا صلى أحدُكم وحدَه فليُصَلِّ كيفَ شاءَ**».[٢]

- وعن أنس بن مالك -رضي الله عنه- أن النبي ﷺ قال: «**إني لأدخل في الصلاة وأنا أريد إطالتها، فأسمع بكاء الصبي فأتجوز في صلاتي، مما أعلم من شدة وجد أمه من بكائه**».[٣]

---

(١) صحيح مسلم، الصفحة أو الرقم 537 : الدرر السنية. https://dorar.net/hadith/sharh/79105

(٢) صحيح مسلم، الصفحة أو الرقم468 : الدرر السنية. https://www.dorar.net/hadith/sharh/60889

(٣) الألباني، المصدر :صحيح أبي داود، الصفحة أو الرقم 789 : خلاصة حكم المحدث : صحيح.الدرر السنية. https://dorar.net/hadith/sharh/72078

وذلك مراعاة لمشاعر الأم وهي في الصلاة، فمن باب أولى أن تكون مراعاة مشاعر الآخرين في أمور الحياة الأخرى.

تاسعًا: الإحسان والعفو

إن المعاملة بالحسنى، وكف الأذى، والتجاوز عن الأخطاء بالعفو، من الخصال الحميدة التي إن اتصف بها الإنسان ارتفع شأنه بين الناس. ومن الطبيعي أن تحدث أخطاء وتجاوزات من أفراد الفريق الصحي، وهنا يكون التغاضي عن الأخطاء والتغافل عنها أمرًا مهمًا في إبعاد شبح الخصام والقطيعة، خاصة إذا كانت تلك الأخطاء بسيطة وليس لها أثر.

فالعفو من شيم الكرام، كما أن المؤمن يؤجر عند العفو، قال تعالى في كتابه العزيز: ﴿ فَمَنْ عَفَا وَأَصْلَحَ فَأَجْرُهُۥ عَلَى ٱللَّهِ ۚ إِنَّهُۥ لَا يُحِبُّ ٱلظَّٰلِمِينَ ﴾ (الشورى:٤٠).

وقال تعالى واصفا المؤمنين: ﴿ ٱلَّذِينَ يُنفِقُونَ فِى ٱلسَّرَّآءِ وَٱلضَّرَّآءِ وَٱلْكَٰظِمِينَ ٱلْغَيْظَ وَٱلْعَافِينَ عَنِ ٱلنَّاسِ ۗ وَٱللَّهُ يُحِبُّ ٱلْمُحْسِنِينَ ﴿١٣٤﴾ ﴾ (آل عمران:١٣٤).

أما من كثرت أخطاؤه، وكان لها تأثير في أفراد آخرين، أو كان لها تأثير على جودة الأداء؛ فيجب التعامل معها بما يناسبها.

ومن الأمور التي يجب أن يلتزم بها أعضاء الفريق الصحي:

- حفظ الحق للكبير بالتوقير والصغير بالرحمة.
- عدم تنقص زميل أو زميلة، مهما كان موقفه منه.
- الدفاع عن زميله بالحق.
- احتمال المخالف في الرأي أو في التفكير، وحتى في المعتقد والديانة، مع واجب النصح والمجادلة بالتي هي أحسن.

التنافس بين أفراد الفريق الصحي

إن التنافس في فعل الخير، وحسن الأداء وتطويره من الأمور المحمودة التي إن التزم المتنافسون بضوابطها فقد حازوا قصب السبق في حسن العمل وجودته. ومن هذه الضوابط: أن يكون التنافس شريفًا، منصبًا على حسن الأداء، دون غمط لحق الآخرين، أو التنقص منهم، أو إثارة الحسد، أو سرقة جهودهم ونسبتها إلى نفسه، أو محاولة التضييق عليهم، أو غير ذلك من الأمور الذميمة.

أما التنافس الشريف بأن يسعى الإنسان للحصول على ما حصل عليه الآخرون من علم أو مهارة أو مرتبة فلا يدخل في باب الحسد، بل يدخل في مجال التنافس المحمود. فالتنافس في الخير محمود شرعًا. قال الله تعالى: في كتابه العزيز في معرض الحث على التنافس على نعيم الجنة: ﴿وَفِي ذَٰلِكَ فَلْيَتَنَافَسِ ٱلْمُتَنَٰفِسُونَ﴾. يقول الدكتور راتب النابلسي:(١) "التنافس صفة حيادية توظف في الخير، وتوظف في الشر، فإن وظفتها في الدنيا في الشر كان الحسد والبغضاء، والعداوات.. إلى أن يقول: "أما هذه الصفة نفسها لو صبت في شؤون الآخرة لفعلت فعلاَ عجيباَ، وكان التنافس الشريف".

قلت: ويشمل ذلك كل أمور الخير حتى الدنيوية منها.

---

(١) موسوعة النابلسي. https://2u.pw/LZ7ug.

احترام الإختصاص

يتميز كل فرد من أفراد الفريق الصحي بمهارات خاصة، يسخرها لخدمة المرضى ورعايتهم، وكل فرد منهم له اختصاصه الذي يجب أن يحترم من قبل الآخرين. واحترام التخصص ـ مهما كانت درجة مساهمته في رعاية المريض ـ أمر في غاية الأهمية، فعندما تحترم اختصاصات الأفراد، فإن هذا يبدو لهم انعكاسًا لاحترام أشخاصهم، وسيدفعهم إلى مزيد من المشاركة والرضا بما يقومون به، ويزيد من تفانيهم في خدمة المرضى. وعلى النقيض من ذلك تمامًا؛ فإن من لا يحترم تخصصه قد يشعر بالإحباط، ويؤثر سلبًا في أداء مهامه.

ومن إحترام تخصصات الآخرين عدم التعدي على هذه التخصصات، والتحرك في ميدانها، كما أن تجاوز الاختصاص والقيام بأعمال خارجة عن نطاق التخصص يعد أمرًا غير أخلاقي يجب تجنبه، بل إنه يضع المتعدي في دائرة المساءلة القانونية.

صفات وأخلاق ذميمة يجب تجنبها

في علاقات الأفراد والجماعات – ومنهم الفريق الصحي – هناك جملة من الأخلاق الذميمة التي يجب تجنبها، والبعد عنها لتسمو النفوس، وتصفو القلوب، وتتحقق الأهداف بقدر أكبر من النجاح، إضافة إلى أنها مما حث عليه ديننا الحنيف، ومنها ما يأتي:

- **الغيبة والنميمة**

الغيبة: ذكر الإنسان الغائب بما يكره، كما علمنا الرسول ﷺ.

فعن أبي هريرة، أن رسول الله ﷺ، قال: «**أتدرون ما الغيبة؟ قالوا: الله ورسوله أعلم، قال: ذكرك أخاك بما يكره. قيل: أفرأيت إن كان في أخي ما أقول؟ قال: إن كان فيه ما تقول فقد اغتبته، وإن لم يكن فيه فقد بهته**».(١)

ومع الأسف الشديد فإن هذا كثير في حياتنا، ولا يكاد يسلم منه أحد، فعلى كل فرد أن يوطن نفسه على تجنب الغيبة، ويجاهد نفسه في ذلك. يقول الله سبحانه وتعالى في كتابه العزيز: ﴿وَلَا يَغْتَب بَّعْضُكُم بَعْضًا ۚ أَيُحِبُّ أَحَدُكُمْ أَن يَأْكُلَ لَحْمَ أَخِيهِ مَيْتًا فَكَرِهْتُمُوهُ ۚ وَاتَّقُوا اللَّهَ ۚ إِنَّ اللَّهَ تَوَّابٌ رَّحِيمٌ﴾ (الحجرات:١٢).

والنميمة: نقل الأخبار بين الناس لغرض الإيقاع بينهم، وإيغار صدور بعضهم على بعض، وهو خلق ذميم لا يتصف به مؤمن.

جاء في موسوعة الأخلاق في الدرر السنية: " النَّمِيمَة: (نَـقْلُ الحديث من قومٍ إلى قوم على جهة الإفْسادِ والشَّرِّ).

وعرفها الغزالي بقوله: (إفشاء السرِّ، وهتك الستر عما يكره كشفه)، وقيل هي: (التحريش بين النَّاس، والسعي بينهم بالإفساد).(٢)

يقول الله سبحانه وتعالى: ﴿وَلَا تُطِعْ كُلَّ حَلَّافٍ مَّهِينٍ ﴿١٠﴾ هَمَّازٍ مَّشَّاءٍ بِنَمِيمٍ ﴿١١﴾﴾

(القلم: ١٠، ١١).

---

(١) رواه مسلم. (2589) الدرر السنية. https://2u.pw/EGUBH

(٢) موسوعة الأخلاق. الدرر السنية: https://2u.pw/3O9F2

ويقول النبي ﷺ: «**لا يدخل الجنة نمام**». [(١)]

والنميمة أشد من الغيبة، حيث إنها تشملها دون شك.

• التناجي بين اثنين دون الثالث:

يقول الرسول ﷺ: «**إذا كانوا ثلاثة فلا يتناجى اثنان دون الثالث**». وفي رواية: «فإن ذلك يحزنه». [(٢)]

والمعروف واقعاً أن الشك قد يتطرق إلى قلب الثالث أنهما يذكرانه بشر أو يتحدثان عنه، فيوقع ذلك في نفسه الحزن وعدم الارتياح، وربما أدى ذلك إلى سوء الظن، وانفراط عقد العلاقة بنيهم.

• تصيد الأخطاء وتتبع العورات

إن مما يشين المرء، ويقوض العلاقة بين الناس، تصيد أخطائهم. وهناك فرق بينه وبين متابعة الأخطاء وتصحيحها، فالأول يحمل في طياته التشهير والتشفي وعدم الثقة، والثاني من باب النصح وردع المتجاوزين، والحفاظ على كيان الفريق من أن تنتقل هذه الأخطاء إلى الآخرين فيمارسوها دون رادع أو توجيه.

وأما تتبع العورات، فهو تتبع ما خفي من أحوال الناس مما يستحيون من إظهاره، ولا يريدون أن يطلع عليه أحد، وهو أمر محرم شرعًا، فهو من باب التجسس المنهي عنه.

---

(١) الأرناؤوط، شعيب. تخريج المسند،الصفحة أو الرقم 23359 :خلاصة حكم المحدث : إسناده صحيح على شرط الشيخين، ورواه مسلم(١٠٥). الدرر السنية. https://2u.pw/VTfTQ

(٢) صحيح البخاري، الصفحة أو الرقم: ٦٢٩٠ الدرر السنية. https://dorar.net/hadith/sharh/67342

قل تعالى في كتابه العزيز: ﴿وَلَا تَجَسَّسُوا﴾ (الحجرات:١٢).

ويقول النبي ﷺ: « .... **لا تغتابوا المسلمين، ولا تتبعوا عوراتهم، فإن من تتبع عورات المسلمين تتبع الله عورته، ومن يتبع الله عورته يفضحه وهو في بيته**». [١]

كشف الأسرار

إن من الطبيعي أن يطلع بعض أفراد الفريق الصحي على أسرار زملائهم في المهنة والعمل. والواجب على كل فرد أن يحفظ أسرار الآخرين فلا يفشيها إلا بإذنهم، لأن الأصل الستر على المسلمين وعدم إفشاء أسرارهم.

يقول رسولنا ﷺ: «**ومن ستر مسلمًا ستره الله في الدنيا والآخرة**». [٢]

وهناك حالات خاصة يجوز فيها إفشاء الأسرار لمصلحة شرعية معتبرة، كأن يكون في تصرفات الزميل ما يخل بحسن أداء العمل، أويكون خطرًا على الآخرين. [٣]

نشر الشائعات

وهذا خلق ذميم، قد ينطوي على الكذب والغيبة والنميمة وإفشاء الأسرار.

---

(١) الألباني، صحيح أبي داود، الصفحة أو الرقم | 4880 :خلاصة حكم المحدث: حسن صحيح. الدرر السنية. https://dorar.net/hadith/sharh/29494

(٢) رواه مسلم (٢٦٩٩)، وأبو داود(4946) . الموسوعة العقدية. الدرر السنية. https://2u.pw/wpoW1

(٣) انظر الهيئة السعودية للتخصصات الصحية: واجباب الممارس الصحي نحو زملاء المهنة. كتاب أخلاقيا ت الممارس الصحي، ص ٢٣-٢٤.

فاختلاق الأخبار كذب، والحديث فيها قد يكون غيبة، خاصة إذا تعلقت بأشخاص محددين، ونشرها قد يدخل في باب النميمة وإفشاء الأسرار. فلا يجوز نشر الأخبار إلا بعد التثبت وتحري الصواب.

يقول الله سبحانه وتعالى: ﴿ يَـٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُوٓاْ إِن جَآءَكُمْ فَاسِقُۢ بِنَبَإٍ فَتَبَيَّنُوٓاْ أَن تُصِيبُواْ قَوْمًۢا بِجَهَـٰلَةٍ فَتُصْبِحُواْ عَلَىٰ مَا فَعَلْتُمْ نَـٰدِمِينَ ﴿٦﴾ ﴾ (الحجرات ـ ٦).

الغيرة والكيد والحسد

قد يؤدي التنافس بين زملاء العمل إلى الغيرة بعضهم من بعض، وهي أحاسيس وتصرفات تحدث عندما يعتقد الشخص أن علاقته بشخص ما، كرئيس الفريق، مهددة من قبل طرف آخر منافس له. وقد يؤدي ذلك به إلى الكيد، وهو إيقاع المكروه بالغير وطلب المضرة به في الخفاء، أو اتخاذ أعمال وتدبيرات توقع الآخرين بما يكرهون، وكل هذه الصفات الثلاث ذميمة؛ على كل فرد أن يبتعد عنها ويتجنبها.

انظر إلى التوجيه النبوي الكريم:

«لا تَحَاسَدُوا، ولا تَباغَضُوا، ولا تَجَسَّسُوا، ولا تَناجَشُوا، وكونوا عِبادَ الله إخْوانًا» [(١)].

---

(١) اخرجه البخاري (٦٠٦٤)، ومسلم (٢٥٦٣) واللفظ له.



الصراعات والنزاعات

قد تؤدي كل هذه الصفات الذميمة التي ذكرناها إلى نوع من الفرقة والنزاعات والصراعات. وقد تحدث النزاعات أيضًا بسبب اختلاف الصفات الشخصية للأفراد، أو لعدم تقديرهم لدور الآخرين، أو لعدم وضوح الأهداف التي يحاولون تحقيقها أو تضاربها. ومن هنا وجب على الجميع التحلي بالصبر، والعدل في وزن الأمور، والصدق في محاولة الوصول إلى حل أفضل.

يقول الرسول ﷺ: «**لا يؤمن أحدكم حتى يحب لأخيه ما يحب لنفسه**». [(١)]

وفي هذا الحديث الشريف ما يغني عن كل توجيه في مجال التعامل بين الناس خاصة في بيئة العمل، حيث يمكن أن تبرز هذه النراعات لأسباب مختلفة ومتعددة.

فإذا تعامل كل فرد مع الآخرين بهذا المفهوم، فإن روح المحبة والتسامح والتعايش والأخلاق الحسنة ستسود علاقة الأفراد والجماعات.

الإصلاح بين المتخاصمين:

ليس غريباً، ولابدعاً أن يحدث بين أعضاء الفريق الصحي شيء من سوء الفهم أو سوء التفاهم أو حتى الخصومة، فهذه طبيعة العلاقات البشرية.

ومن الأعمال الجليلة المندوبة شرعاً: الإصلاح بين الناس، فهي قربة يتقرب بها المسلم إلى ربه سبحانه وتعالى.

يقول الله جل وعلا: ﴿لَّا خَيْرَ فِي كَثِيرٍ مِّن نَّجْوَىٰهُمْ إِلَّا مَنْ أَمَرَ بِصَدَقَةٍ أَوْ

---

(١) اخرجه البخاري. صحيح البخاري، الرقم13 : الدرر السنية. https://2u.pw/zledj

مَعۡرُوفٍ أَوۡ إِصۡلَٰحِۭ بَيۡنَ ٱلنَّاسِۚ وَمَن يَفۡعَلۡ ذَٰلِكَ ٱبۡتِغَآءَ مَرۡضَاتِ ٱللَّهِ فَسَوۡفَ نُؤۡتِيهِ أَجۡرًا عَظِيمٗا ﴿١١٤﴾ ﴾ (النساء:١١٤).

ويقول الرسول ﷺ: «**ألا أخبركم بأفضل من درجة الصيام والصلاة والصدقة؟ قالوا: بلى يارسول الله، قال: إصلاح ذات البين**» [١]

ومن هنا تعين أن يسعى أعضاء الفريق الصحي إلى الإصلاح خاصة بين المتخاصمين، ويتأكد هذا في حق من هو مسؤول عنهم، ومن له قدرة ووجاهة في الإصلاح.

وفي المقابل على كل واحد منهم تجنب إفساد ذات البين، لأن الرسول ﷺ يقول: «**إفساد ذات البين الحالقة**». [٢] ومعنى "الحالِقة"، أي: القاطِعة والمُنْهية التي تأتِي على كلِّ شيءٍ وتحلِقُه وتقطَعُه من جُذورِه، سواءٌ مِن أمورِ الدِّين أو الدُّنيا؛ لأنَّها تُؤدِّي إلى التشاحُنِ بينَ الناسِ والتهاجُرِ، وربَّما التقاتُل". [٣]

عدم تجاوز الاختصاص

إن وضوح الاختصاصات والمسؤوليات في مجال عمل الفريق الصحي أمر في غاية الأهمية، وهو يحول – إذا طبق تطبيقاً صحيحاً – دون تجاوز الاختصاصات والوقوع في الأخطاء والمشكلات.

ومن المهم أن يقف كل عضو من أعضاء الفريق الصحي عند حدود اختصاصاته، وألا يتجاوز إلى اختصاصات الآخرين.

---

(١) الألباني :صحيح أبي داود، الرقم | 4919 :خلاصة حكم المحدث: صحيح. https://www.dorar.net/hadith/sharh/73830.
(٢) نفس المصدر السابق.
(٣) نفس المصدر السابق.



ومن المهم أيضاً، إذا طلب منه أن يقوم بعمل ليس من اختصاصه ويتجاوز حدود علمه ومهاراته أن يعتذر عن عدم القيام بهذا العمل، فهو أدعى إلى عدم التجاوز وعدم الوقوع في الأخطاء والمشكلات، التي قد تؤدي إلى أن يكون محلاً للمساءلة الأخلاقية أو النظامية.

قضايا خاصة في العلاقة بين الفريق الصحي

١- حدود العلاقة

من الطبيعي جداً أن تبدأ العلاقة بين أفراد الفريق الصحي، بمجرد تواصلهم للمرة الأولى، وقد تستمر مدة طويلة، ما بقوا يعملون ضمن فريق واحد، وقد تستمر بعد ذلك.

وقد تمتد العلاقة من بعدها المهني الخاص إلى أبعادها الاجتماعية، وقد تمتد خارج نطاق العمل وحدود المهنة.

فهل هناك حدود لهذه العلاقة؟ أم أنها علاقة مفتوحة في كل جوانبها؟

ولماذا نهتم بهذا الموضوع ونعطيه مساحة من النقاش؟

نؤكد هنا أن الأصل في العلاقة حسن الظن، وبراءة الذمة، وحسن القصد، وعلى هذا الأساس يجب أن تقوم العلاقات، ومن حيث الأصل، فلا إشكال في قيام هذه العلاقات في بعدها المهني في جو يسود فيه الاحترام المتبادل، وفي بيئة لا تسمح بالتعدي أو التجاوز أو انتهاك الحقوق والخصوصيات.

وإذا تم الالتزام بالأخلاقيات والقيم التي ذكرناها فلا إشكال حينئذٍ من

استمرارية هذه العلاقات وتطورها، وبلوغها أقصى درجات الصداقة، خاصة إذا كان المتصادقون من نفس الجنس.

أما إذا اختلف الجنسان فالأمر يحتاج إلى مزيد من التحرير، ونبين في السطور الآتية تفصيل هذا الأمر.

من المهم أن ندرك أن العلاقات البريئة يمكن أن تنزلق إلى علاقات مشوبة بشيء من الشبهة مما يجعل الحذر واجباً في كل الأحوال.

ويجب التفريق بين العلاقة في إطارها المهني وبين العلاقات الاجتماعية، فالوقوف عند حدود العمل المهني مكاناً وزماناً ووظيفة أمر في غاية الأهمية، فعلى كل واحد من أعضاء الفريق الصحي أن يقف في منتصف الطريق بين العزلة التامة في العلاقات وبين الاندماج التام، حتى وإن كان من نفس الجنس، فضلاً عن اختلاف الجنس، ويعني ذلك أن يوجد مسافة بينه وبين الآخرين تكفي للانسحاب في أي وقت يمكن أن تتهدد فيه العلاقة لتخرج من إطارها المهني إلى أطر أخرى خارجة عنه. وكل ما ذكر عن العلاقة بين الممارس الصحي والمريض في الفصل الثالث ينطبق على العلاقة بين أفراد الفريق الصحي.

وعند اختلاف الجنسين يجب التأكيد على ضوابط العلاقة كما يأتي:

أولاً: أن يخلو من تبرج المراة بكشف ما لا يجوز لها كشفه، لقوله تعالى: ﴿يَٰٓأَيُّهَا ٱلنَّبِيُّ قُل لِّأَزۡوَٰجِكَ وَبَنَاتِكَ وَنِسَآءِ ٱلۡمُؤۡمِنِينَ يُدۡنِينَ عَلَيۡهِنَّ مِن جَلَٰبِيبِهِنَّۚ ذَٰلِكَ أَدۡنَىٰٓ أَن يُعۡرَفۡنَ فَلَا يُؤۡذَيۡنَ ﴾ ، وهذه الآية تأمر بالحجاب عند

الاختلاط. وكذلك الرجل فعليه أن يلتزم بلباس محتشم ليس فيه أي مثير للإغراء أو الفتنة.

ثانياً: أن لا يتعمد النظر إلى ما لا يجوز النظر إليه، والدليل قوله تعالى في حق الرجال: ﴿قُل لِّلْمُؤْمِنِينَ يَغُضُّوا مِنْ أَبْصَارِهِمْ وَيَحْفَظُوا فُرُوجَهُمْ ۚ ذَٰلِكَ أَزْكَىٰ لَهُمْ ۗ إِنَّ اللَّهَ خَبِيرٌ بِمَا يَصْنَعُونَ ﴿٣٠﴾﴾ (النور:٣٠).

والدليل في حق النساء قوله – عزوجل: ﴿وَقُل لِّلْمُؤْمِنَاتِ يَغْضُضْنَ مِنْ أَبْصَارِهِنَّ وَيَحْفَظْنَ فُرُوجَهُنَّ وَلَا يُبْدِينَ زِينَتَهُنَّ إِلَّا مَا ظَهَرَ﴾ (النور:٣١).

ثالثاً: أن لا تتكسر المرأة في الكلام، ولا تخضع بالقول، قال تعالى مخاطبًا أفضل نساء العالمين، زوجات المصطفى ﷺ: ﴿فَلَا تَخْضَعْنَ بِالْقَوْلِ فَيَطْمَعَ الَّذِي فِي قَلْبِهِ مَرَضٌ وَقُلْنَ قَوْلًا مَّعْرُوفًا﴾ (الأحزاب:٣٢).

والقول المعروف: أي: "غير غليظ، ولا جاف كما أنه ليس بِلَيِّنٍ خاضع". [١]

رابعاً: أن لا يكون هناك خلوة، فإن كان مع خلوة بأن كان رجل وامرأة في مكان لا يراهما فيه أحد، حرم الاختلاط لقوله ﷺ: «**لايخلون رجل بامرأة إلا ومعها ذو محرم**»،[٢] وقوله ﷺ: «**لايخلون أحدكم بامرأة فإن الشيطان ثالثهما**». [٣]

خامساً:أن لا تظهر المرأة في حالة تثير الرجال من تعطر واستعمال لأدوات

---

(١) السعدي، عبد الرحمن. تيسير الكريم المنان في تفسير كلام الرحمن. تفسير سولرة الأحزاب، آية ٣٢.

(٢) صحيح مسلم. الصفحة أو الرقم | 1341 :خلاصة حكم المحدث] : صحيح]
https://dorar.net/hadith/sharh/25525

(٣) المصدر: تخريج المسند الصفحة أو الرقم | 15696 :خلاصة حكم المحدث :صحيح لغيره .
https://dorar.net/hadith/sharh/150027

الزينة، لقوله ﷺ: «**أَيُّما امرأةٍ استَعْطَرَتْ، فمَرَّتْ على قوم ليَجِدُوا رِيحَها، فهي زانيةٌ، وكلُّ عينٍ زانيةٌ**»[١]. أي: مُتعرِّضةٌ للزِّنا مُتسبِّبةٌ فيه، حيثُ جعَلَت الرِّجالَ يُشْرِفون للنَّظَرِ المحرَّمِ إليها، وهو زِنا النَّظَرِ، ولَرُبَّما تطُوِّر الأمرُ بعدَها للزِّنا الحقيقيِّ.[٢]

سادساً: أن يخلو من مس أحد الجنسين حتى لا يتجاوز الأمر حدود الأدب، ويدخل في اللهو والعبث كالاختلاط في الأعراس.

سابعاً: أن يخلو من مس أحد الجنسين الآخر دون حائل فلا تجوز المصافحة، لقوله ﷺ: «**إني لا أصافح النساء**». [٣]

ثامناً: أن يخلو من تلاصق (اقتراب) الأجسام عند الاجتماع، فعن أبي أسيد الأنصاري – رضي الله عنه – أنه سمع رسول الله ﷺ يقول وهو خارج من المسجد، فاختلط الرجال مع النساء في الطريق، فقال رسول الله ﷺ للنساء: «**استأخرن فانه ليس لكن أن تحققن " تتوسطن " الطريق عليكن بحافات الطريق**».[٤]

فكانت المرأة تلتصق بالجدار حتى إن ثوبها ليتعلق بالجدار من لصوقها به.

---

(١) صحيح ابن خزيمة. الصفحة أو الرقم | 1681 :خلاصة حكم المحدث : إسناده حسن .
https://www.dorar.net/hadith/sharh/61280

(٢) الدرر السنية https://2u.pw/j2z0r

(٣) الألباني: صحيح النسائي، الصفحة أو الرقم: ٤١٩٢. خلاصة حكم المحدث: صحيح. اخرجه النسائي (٤١٨١).
https://www.dorar.net/hadith/sharh/32213

(٤) الألباني – المصدر: صحيح أبي داود. الصفحة أو الرقم: ٥٢٧٢ – خلاصة حكم المحدث : حسن.
https://www.dorar.net/hadith/sharh/75387

إن الالتزام بهذه الضوابط كفيل بأن يجنب الطرفين أي انزلاق نحو المحظور شرعاً، أو غير المقبول عرفاً، وبهذا تقل المشكلات الناتجة عن مثل هذه العلاقات والاختلاط، فتصبح نادرة الحدوث.

اختراق حدود العلاقات المؤقت

قد يحدث أحيانًا بحسن نية اختراق حدود العلاقة بين أفراد الفريق الصحي، ونعني بذلك أن تتجاوز العلاقة مثلاً إلى معرفة بعض الأمور الشخصية أو العائلية عن الطرف الآخر. وقد يكون في هذا بعض المنافع حيث تتقوى العلاقة، وقد يساعد أحد الأطراف الآخر على تجاوز مشكلة معينة. وهو في كل الأحوال عبور مؤقت سرعان ما يتم الرجوع عنه، لكن إن زاد عن حده فقد يكون مضراً بالطرفين أو أحدهما. وفي كل الأحوال لا بد من الالتزام بالضوابط الشرعية في هذا الأمر من حفظ الأسرار، وتجنب الغيبة، والاستغلال السلبي في هذا الأمر.

انتهاك حدود العلاقات

تومئ كلمة انتهاك بأمر خطير ينطوي على ضرر يحصل لمن يتم انتهاك خصوصيته، وهي كذلك، حيث يصبح التركيز ليس على مصلحة الطرف الآخر، وإنما يتعدى إلى استغلاله، أو ممارسة الضغط عليه، أو تهديده بإفشاء معلومات عنه، لايسره إفشاؤها، أو الدخول إلى عالمه الخاص بطريقة فجة، خارجة عن

حدود الأدب المتعارف عليه، أو إغرائه بطريقه غير لائقة، مما يجعله يقدم تنازلات عن حقوقه أو من خصوصياته، وتتم مثل هذه التصرفات عادة بالسرية، ورغبة الذي يقوم بالانتهاك، وحرصه على عدم معرفة أطراف أخرى بالأمر، وهذا كله من الانتهاك المذموم الذي يجب تجنبه وعدم الوقوع فيه.

التحرش

التحرش نوع من الإيذاء والإنتهاك لحدود العلاقة بأسلوب مقيت، ويعني: أي تصرف يقوم به الشخص يكون مؤذيًا للآخرين وغير مقبول من جهتهم، ويمكن أن يكون التصرف قولاً أو فعلاً. وارتبط معنى التحرش أكثر ما ارتبط بالتحرش الجنسي بنوعيه اللفظي أو السلوكي. فاللفظي يشمل أنواعاً من الأقوال والعبارات والكلمات والإشارات ذات الطابع الجنسي أو ذات الإيحاءات الجنسية. والسلوكي يشمل أنواعاً من الإشارات والإيماءات التي تحمل نفس الطابع وهي مقصودة لغرض جنسي.

ويمكن أن توسع دائرة التحرش لتشمل أنواعاً من الألفاظ والإشارات التي تحمل طابع اللمز والغمز والانتقاص من الأفراد أو المجموعات التي ينتسبون إليها، وتحمل طابع التعيير، كالتعيير بالشكل او باللون أو بالنسب أو جوانب نقص أخرى في البنية الجسدية أو النفسية أو العقلية للأشخاص.

وكل هذه أنواع مذمومة لا يقرها الشرع الحنيف، ولا العقل السليم، ولا العرف الصحيح، ولا الأخلاق الحميدة. وهو ما يمكن تصنيفه ضمن تحرش

جرح أو إيذاء المشاعر أو العنصرية، ولأن التحرش الجنسي أخذ حيزاً أكبر في الدراسات والحوارات والنقاشات في العقود الأخيرة، فذلك لأنه أصبح واقعاً مزعجاً في كل مكان، وخاصة في مكان العمل في حق النساء، حيث تذكر الدراسات أن أكثر من ٥٠٪ على الأقل من النساء يتعرضن لنوع من أنواع التحرش الجنسي اللفظي أو الجسدي. ولذا سوف نبسط القول حوله في الأسطر الآتية.

التحرش الجنسي

لا يوجد تعريف شامل متفق عليه للتحرش الجنسي، وقدعرف بأنه:

" أي سلوك هجومي مزعج، ذو طبيعة جنسية، غير مرغوب فيه أوغير مرحب به "[١] أو:" أي سلوك جسدي أو لفظي أو غير لفظي ذو صبغة جنسية، غير مرحب فيه". [٢]

وكذلك عرف بأنه:

"التسلط أو الإكراه ذو الطبيعة الجنسية، أو الوعد بالمكافأة مقابل الموافقة على أمر له علاقة بالجنس".[٣]

وقد عرف في نظام مكافحة جريمة التحرش بالمملكة العربية السعودية بأنه:" كل قول أو فعل أو إشارة ذات مدلول جنسي، تصدر من شخص تجاه أي

---

(1) Association for women for action and research (AWARE). https://www.aware.org.sg/about/
(Handbook on Sexual Harassment of Women at Workplace. https://bopter.gov.in/assets/pdf/handbook-on-sexual-harassment-of-women-at-workplace2.pdf
(3)Wikipedia. https://en.wikipedia.org/wiki/Sexual_harassment

شخص آخر، تمس جسده أو عرضه، أو تخدش حياءه، بأي وسيلة كانت، بما في ذلك وسائل التقنية الحديثة.(١)

وتشمل أشياء أخرى، ومنها:

- المقدمات والافتراضات الجنسية ومؤشرات المغازلة.
- الطلبات أو الضغط من أي نوع من أجل خدمات أو أنشطة أو اتصال جنسي.
- الصور ذات الطابع الجنسي والإشارات والإيماءات الجنسية والنكات ذات الطبيعة الجنسية.
- التواصل الجسدي أو اللمس ذي الطبيعة الجنسية، بما في ذلك الاعتداء الجسدي أو الجنسي.(٢)

حقائق عن التحرش الجنسي في مكان العمل

تشير الإحصائيات بأن التحرش الجنسي شائع في مكان العمل، حيث وجد في الولايات المتحده الأمريكيه مثلاً؛ أن واحدة من كل أربع نساء يتعرضن للتحرش في مكان العمل، وهذه نسبة مرتفعة.(٣)

ووجد النتائج الآتية:

١- أن ٥٤٪ من الناس حصل لهم تحرش جنسي في مكان العمل.

(١) نظام مكافحة جريمة التحرش. موقع هيئة الخبراء.
https://laws.boe.gov.sa/BoeLaws/Laws/LawDetails/f9de1b7f-7526-4c44-b9f3-a9f8015cf5b6/1

(2) http://www.kckha.org/uploads/6/8/4/9/68497415/frm-s-60.pdf

(3) NCBC. https://www.cnbc.com/2017/12/19/one-fifth-of-american-adults-have-been-sexually-harassed-at-work.html

٢- أن ٢٧٪ منهم حصل لهم تحرش من زملاء العمل، و١٧٪ من المشرفين عليهم.

٣- أن ٧٩٪ من الضحايا هم من الإناث، و٢١٪ من الذكور.

٤- تم تهديد ١٢٪ منهم بالطرد من العمل إذا لم يتجاوبوا مع التحرش.(١)

أما في المجال الصحي تحديداً فقد أثبت بعض الدراسات ما يأتي:(٢)

١- أن نسب التحرش الجنسي في ازدياد.

٢- أن ٥٠-٧٥٪ من النساء يتعرضن للتحرش الجنسي بأنواعه المختلفة.

٣- أن معظم حالات التحرش تحدث من زملاء العمل.

وفي مراجعة منهجية حديثة لتعرض المرضات للتحرش الجنسي، بلغت نسبة انتشار التحرش الجنسي ضد الممرضات عالميًا ٤٣,١٥٪ (حيث تراوحت بين ١٠ إلى ٨٧,٣٠٪)، فقد تعرض حوالي ٤٧٪ منهن للتحرش من قبل المرضى، و٤١,١٠٪ من قبل الأطباء، و٢٧,٧٤٪ من قبل أسر المرضى، و٢٠٪ من قبل الممرضين.(٣).

وأثبتت دراسات أخرى أن الممرضات هن أكثر الفئات عرضة للتحرش الجنسي (٧٠٪).(٤)

---

(1) Association of women for action and research (AWARE). https://www.aware.org.sg/training/wsh-site/14-statistics/

(2) Kinard J, Little B. Sexual harassment in the health care industry: a follow-up inquiry. Health Care Manag (Frederick). 2002 ;20(4):46-52. doi: 10.1097/00126450-200206000-00008. PMID: 12083178.

(3) Kahsay, W.G., Negarandeh, R., Dehghan Nayeri, N. *et al*. Sexual harassment against female nurses: a systematic review. *BMC Nurs* **19,** 58 (2020). https://doi.org/10.1186/s12912-020-00450-w

(4) Libbus MK, Bowman KG. Sexual harassment of female registered nurses in hospitals. J Nurs Adm. 1994 Jun;24(6):26-31. doi: 10.1097/00005110-199406000-00008.(Abstract).

وأثبتت دراسات أخرى أن ما نسبته ٩٣٪ من الإناث، و٨٣٪ من الذكور تحت التدريب يتعرضون للتحرش الجنسي، أو أنهم سمعوا عن حالاته أو لاحظوه.[١]

وفي تصريح مثير ذكرت الدكتورة غابيرلا ماكولين Dr. Gabrielle McMullin)، استشارية جراحة الأوعية الدموية في سيدني بأستراليا، أن التميز على أساس الجنس شائع بين الجراحين في أستراليا، ونصحت المتدربات بالتجاوب مع الرغبات الجنسية للمشرفين على تدريبهن، لكي يضمن استمرارهن في البرامج التدريبية (هكذا!!). وقد أثارت هذه التصريحات ردود فعل مختلفة، وهي توصية لا شك أنها مرفوضة شرعاً وعقلاً وعرفاً، إلا أنها تشير بوضوح إلى تفشي التحرش الجنسي والاستغلال المقيت للسلطة على المتدربين عموماً والمتدربات خصوصاً.[٢]

صحيح أن ما ذكرناه من حقائق وإحصاءات خاصة بالمجتمعات الغربية، وغيرها من المجتمعات المماثلة التي لا تدين بدين يكبح جماح شهواتها، إلا أن التحرش الجنسي يمكن أن يحدث في مجتمعات شرقية وحتى مسلمة أيضاً.

---

(1) Stratton TD, McLaughlin MA, Witte FM, Fosson SE, Nora LM. Does students' exposure to gender discrimination and sexual harassment in medical school affect specialty choice and residency program selection? Acad Med. 2005 Apr;80(4):400-8. doi: 10.1097/00001888-200504000-00020. PMID: 15793027.(Abstract)

(2) https://www.dailymail.co.uk/news/article-2983870/Realistically-better-b-job-night-Senior-female-surgeon-says-sexual-harrasment-rife-doctors-young-women-risk-careers.html.

وفي دراسة من أثيوبيا وجد أن ١٣٪ من المرضات يتعرضن للتحرش الجنسي.[١]

وفي دراسة من تركيا، وجد أن ٧٣٪ من المرضات تتعرض للتحرش الجنسي، وأن غالبية المتحرشين هم الأطباء، وأن ٨٠٪ من المتحرش بهن لم يقمن بالتبليغ عن حدوث التحرش.[٢]

وفي دراسة من نيبال، وجد أن ٤٢ ٪ من العاملات الصحيات واجهن نوعاً من أنواع التحرش الجنسي، وأن الغالبية كن من المرضات (٦٩٪)، وأن غالبية المتحرشين (٦٤٪) كانوا من الذكور الأعلى درجة وظيفيًا.[٣]

أما في البلاد العربية فتشير دراسة في المستشفى الجامعي بجامعة طنطا بمصر أن ٧٠٪ من المرضات تعرضن للتحرش الجنسي وأن ٤٥٪ من هذه الحالات كان المتحرش من موظفي المستشفى من غير الأطباء[٤]، وأن ١٣-٢٦٪ من المرضات تعرضن للتحرش الجنسي من زملاء العمل ومديرهم.[٥]

---

(1) Fute M, Mengesha ZB, Wakgari N, Tessema GA. High prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia. BMC Nurs. 2015;14:9. Published 2015 Mar 3. doi:10.1186/s12912-015-0062-1

(2) Kisa, Adnan & Dziegielewski, Sophia & Ates, Metin. (2002). Sexual Harassment and Its Consequences: A Study Within Turkish Hospitals. Journal of health & social policy. 15. 77-94. 10.1300/J045v15n01_05.

(3) Prasad SB ,and Bhusal KB. Work place sexual harassment among female health workers in grass-root level health institutions in Nepal(abstract) Occup Med Health Aff, 2015;4:56. https://www.omicsonline.org/proceedings/

(4) Abo Ali EA, Saied SM, Elsabagh HM, Zayed HA. Sexual harassment against nursing staff in Tanta University Hospitals, Egypt. J Egypt Public Health Assoc. 2015 Sep;90(3):94-100. doi: 10.1097/01.EPX.0000470563.41655.71. PMID: 26544837.

(5) WHO. Workplace violence in health sector Lebanon county case study.WWW.WHO.int/violence-injury-prevention/violence/Lebanon

وبالرغم من هذه الإحصاءت فقد يكون الحال أكثر سوءاً نظراً لأن الغالبية العظمى من الإناث المتعرضات للتحرش لسن على استعداد للتحدث عنه أوالأعتراف به.

ومن هنا نعلم أن هذه المشكلة قائمة في المجتمعات العربية والإسلامية أيضًا، ولابد من وضع الضوابط والأنظمة الكفيلة بالحد من تفاقمها.

كيف يمكن تجنب التحرش بأنواعه؟

إن أهم قضية تساهم في تجنب التحرش الجنسي في مجال العمل هو الوعي بقضية العلاقات في مجال العمل وحدودها. وعدم السماح بحصول أي اختراق أو انتهاك لحدود هذه العلاقة، فهذا كفيل بالتقليل من حدوث التحرش الجنسي.

ولأنه لا يوجد أحد لديه مناعة من حدوث التحرش فيجب الحذر من الجميع، ونرى أن الضوابط التي ذكرت في العلاقة بين الجنسين لها أهمية بالغة في هذا الأمر، فنضيف إليها بعض الإشارات، ومنها:

١- الابتعاد عن مواطن الريبة والشبهة التي تفتح المجال للتحرش الجنسي.

٢- التعود على عدم الفضول والتطفل على الآخرين، وعدم محاولة الدخول إلى البحث في أمورهم الشخصية. وبالمقابل عدم التوسع في الحديث عن الأمور الشخصيه عند الآخرين.

٣- عدم التفحص في أمور الآخرين، وعدم السماح لهم بالتفحص في أمورك الشخصية.

٤- الاحتشام في اللباس، وعدم إظهار المفاتن في كل الأحوال.

٥- إذا حدث التحرش للمرة الأولى يجب إظهار الامتعاض وعدم السماح

بالتكرار بقوة ووضوح للمتحرش، وعدم الرضوخ للابتزاز، واستخدام الوسائل المناسبة للخروج من هذا المأزق حتى لا يتجرأ وتكراره في التحرش أو الابتزاز.

نظام مكافحة التحرش في المملكة العربية السعودية

صدر هذا النظام في عام ١٤٣٨هجرية (٢٠١٨ م)، ويتكون من سبع مواد أساسية، والثامنة تقضي بنشره. ويهدف النظام إلى:

"مكافحة جريمة التحرش، والحيلولة دون وقوعها، وتطبيق العقوبة على مرتكبيها، وحماية المجني عليه؛ وذلك صيانة لخصوصية الفرد وكرامته وحريته الشخصية، التي كفلتها أحكام الشريعة الإسلامية، والأنظمة.

ويضع النظام -في المادة الخامسة-على الجهات المعنية مسؤولية وضع التدابير اللازمة للوقاية من التحرش ومكافحته في إطار بيئة العمل في كل منها، على أن يشمل ذلك:

أ- آلية تلقّي الشكاوى داخل الجهة.

ب- الإجراءات اللازمة للتأكد من صحة الشكاوى وجديتها، وبما يحافظ على سريتها.

ج- نشر تلك التدابير، وتعريف منسوبيها بها.

- يجب على الجهات المعنية في القطاع الحكومي والقطاع الأهلي مساءلة أي من منسوبيها -تأديبيًّا- في حالة مخالفته أيًّا من الأحكام المنصوص عليها في هذا النظام، وذلك وفقاً للإجراءات المتبعة.

- لا تخل المساءلة التأديبية التي تتم وفقاً لهذه المادة بحق المجني عليه في التقدم بشكوى أمام الجهات المختصة نظاماً.

وهناك عقوبات على مرتكبي هذه الجريمة، والمحرضين عليها، وتتغلظ العقوبة إذا كان المجني عليه قاصرًا، أو من ذوي الاحتياجات الخاصة، أو كان للمباشر سلطة على المجني عليه، (المادة السادسة والسابعة).[1]

❊❊❊

(١) نظام مكافحة جريمة التحرش. موقع هيئة الخبراء.
https://laws.boe.gov.sa/BoeLaws/Laws/LawDetails/f9de1b7f-7526-4c44-b9f3-a9f8015cf5b6/1

الفصل التاسع:

العلاقة مع شركات الأدوية والصناعة الطبية

العلاقة مع شركات الأدوية والصناعة الطبية

الحالة الأولى:

زار أحد مندوبي شركة الأدوية طبيباً في عيادته، دون سابق موعد، وبعد أن عرفه بنفسه قدم له عينات من دواء جديد تكفي مريضًا مدة شهر.

الحالة الثانية:

نظمت إحدى شركات الأدوية محاضرة عن أحد الأمراض في منتجع سياحي، خلال عطلة نهاية الأسبوع بحيث تستغرق المحاضرة نصف ساعة، وبقية الوقت مفتوح لترفيه الأطباء وعوائلهم مجاناً، ووجهت الدعوة للأطباء.

الحالة الثالثة:

علم أحد مندوبي شركات الأدوية أنك عينت قريباً في لجنة اختيار الأدوية بالمستشفى الذي تعمل به، فزارك هذا المندوب، وعرض عليك حضور أحد المؤتمرات على نفقة الشركة شاملاً كل التكاليف.

الحالة الرابعة:

حدث احدى المرضى عن طبيب في مركز صحي، يطلب من المريض بعد شراء الدواء أن يعود إليه، ويقوم الطبيب بقطع الجزء الذي يحتوي على اسم الدواء من علبته، ويحتفظ به.



طبيعة العلاقة:

لم تعد العلاقة بين العاملين في القطاع الصحي والمؤسسات الصحية علاقة بسيطة، بل هي علاقة متعددة الجوانب بالغة التعقيد، تتداخل فيها المصلحة العامة مع المصلحة الشخصية كما تتشابك فيها العلاقة بين مصلحة المريض الخاصة وبين جهات وطرق تمويل ودفع فاتورة الدواء في نهاية المطاف.

ولأن شركات الصناعة الطبية تضطلع بدور كبير في تطوير الأدوية والأجهزة الطبية؛ فإن هذا يمثل ضغطاً كبيراً في العلاقة بين هذه الشركات والقطاعات الخاصة (ومُعظمها مملوكة للقطاع الخاص) والعاملين فيها، كما يزيد من هذا الضغط ذلك الصراع المُحتدم بين شركات الصناعة الطبية في الوصول إلى الأسواق في أسرع وقت، والحصول على مساحة أوسع، وتحقيق قدر أكبر من الأرباح. ولهذا السبب فإن شركات الصناعة الطبية تنفق أموالاً طائلة في تسويق منتجاتها والترويج لها.

وسائل شركات الأدوية في التسويق والإعلان:

أولاً: الدعاية عن طريق ممثلي الشركة

وعادة يكون هؤلاء صيادلة يعملون لحساب الشركة مباشرة، ويتلخص دورهم في زيارة الأطباء في المستشفيات والمراكز الصحية، ويقومون بتسويق أدوية الشركة التي يعملون لحسابها، ويمثلون حلقة وصل بين الأطباء والعاملين في القطاع الصحي وبين الشركة، ويقومون عادة بالأنشطة الآتية:

١. تقديم معلومات عن الأدوية التي تنتجها الشركة من خلال الحديث

الشفوي مع الأطباء، أو من خلال تقديم منشورات دعائية لأدوية الشركة، أو ملفات دعائية، وأحياناً بعض البحوث المنشورة في المجلات العلمية التي تخص الدواء المراد تسويقه.

٢. تقديم عينات مجانية للدواء المراد تسويقه.

٣. تقديم هدايا رمزية تحمل اسم الدواء واسم الشركة لغرض الدعاية مثل الأقلام أو الملفات والميداليات أو التقاويم.

إشكالات حول هذه الوسيلة: يمكن تلخيص هذه الإشكالات فيما يأتي[(١)]

١. يقدم ممثلو الشركات ومسوقوها معلومات غير دقيقة في كثير من الأحيان، ومعلومات مغلوطة أحيانًا، كما أنهم يركزون الحديث على فوائد الدواء دون التطرق لآثاره الجانبية إلا قليلاً.

٢. يعرض هؤلاء المسوقون بضاعتهم على أنها هي الأفضل دائماً، ويتجنبون مقارنتها بغيرها إلا في حالات نادرة.

٣. يستخدمون كثيراً من وسائل التدليس عند عرضهم للمعلومات، سواء الشفوية أو المكتوبة، مثل مقارنة الدواء الذي تنتجه شركتهم بأدوية ضعيفة التأثير أصلاً، أو يخفون بعض المعلومات عن الآثار الجانبية.

---

(1) Lexchen J. What information do physicians receive from pharmaceutical representatives? Can Fam Physician 1997;43:941-945.F.

٤. يستخدم بعضهم أسلوب التشويش على المستمع عند حديثهم عن الأدوية، وقد يستخدم بعضهم أسلوباً مباشراً في الطلب من الطبيب بوصف الدواء الذي تنتجه شركتهم، وأحياناً بأسلوب لا يخلو من الفجاجة.

وقد أثبتت بعض الدراسات أنهم يقدمون معلومات مغلوطة ليس من السهل الانتباه لها.

ثانياً: تنظيم المحاضرات والدورات

تقوم شركات الأدوية بتنظيم مؤتمرات ومحاضرات خاصة بموضوعات لها علاقة بالأدوية التي تنتجها هذه الشركات، وتقدم المحاضرات بواسطة ممثلي الشركة أنفسهم، أو من خلال استضافة بعض الأطباء في تخصصات مختلفة ليقدموا محاضرات عن الموضوع، ومن ضمنه الحديث عن الدواء الذي تنتجه الشركة، وتدفع الشركة مبالغ طائلة للأطباء الذين يقومون بهذا الدور، ولا تخلو هذه المحاضرات من التحيز لأدوية الشركة المنظمة.

كما أن الشركة ترصد تأثير هذه المحاضرات في الوصفات الطبية للدواء الذي يتم تسويقه.

ثالثاً: المؤتمرات والدورات الوهمية والرحلات الترفيهية

تقوم شركات صناعة الأدوية بتنظيم مؤتمرات ودورات قصيرة يكون

محتواها العلمي قليلًا جداً، والجزء الأكبر من المؤتمر أو الدورة يحتوي على دعاية عن أدوية الشركة. وتتحكم الشركة في جميع أجزاء البرنامج العلمي الذي يستمر مدة ساعتين أو ثلاثًا في اليوم، وبقية الوقت يقضيه الأطباء – الذين تستضيفهم الشركة على حسابها – في برامج اجتماعيه وترفيهية. وهنا يطغى الطابع الترفيهي على الطابع العلمي طغيانًا كبيرًا.

رابعاً: إصدار مجلات خاصة

تقوم بعض شركات الأدوية بتمويل إصدار مجلات شبه علمية، تنقل عن المجلات العلمية المحكمة أو تطلب من بعض الأطباء أن يكتبوا مقالات لنشرها. وفي كثير من الأحيان يتم التركيز على الأدوية التي تنتجها الشركة، ويتم ابتسار المعلومات الأصلية وتحويرها بطريقة لا ينتبه لها، وفيها بعض المعلومات المضللة أو غير الدقيقة. وغالباً تحتوي هذه المجلات على إعلانات كثيرة لأدوية الشركة بين دفتيها وعلى غلافها الخارجي.

خامساً: استئجار المتحدثين

تقوم شركات الأدوية ـ وخاصة الكبرى منها ـ باستئجار متحدثين من الأطباء والصيادلة لإلقاء محاضرات في أماكن مختلفة من العالم، وتسهل لهم كل الإمكانات، كما تدفع لهم أمولاً طائلة، وباعتراف بعض الذين عملوا في هذه الشركات سابقاً فإن هؤلاء الأطباء لا يعدون سوى أن يكونوا مجرد مسوقين



لأدوية الشركة، وفي كثير من الأحيان تقوم الشركة بإعداد المحاضرات كاملة، وإعطائها للمتحدث ليقف دوره عند إلقائها فقط. [١]

سادساً: تمويل المحاضرات والندوات واللقاءات العلمية

ويتم ذلك عادة بالتنسيق بين ممثلي الشركات والمؤسسات الصحية أو الجمعيات العلمية، وفي كثير من الأحيان تُعطَى الشركة فرصة خلال برنامج الندوة للدعاية لأدويتها، إضافة إلى إعطائها فرصة للإعلان من خلال تقديم الهدايا والمنشورات عن أدويتها، وقد يشمل التمويل دعوة دفع تكاليف المتحدثين والتغذية في المؤتمر أو الندوة، وقد يشمل دفع تكاليف رسوم المؤتمر للحضور أو لبعضهم، كما تتاح الفرصة للشركات لعرض منتجاتها مقابل مبالغ مالية تدفعها لمنظمي المؤتمر، ويكون ذلك عادة في صالة تخصص لعرض الشركات والمؤسسات منتجاتها.

سابعاً: الإعلان في المجلات العلمية

تحتوي المجلات العلمية المحكمة وغيرها على صفحات دعاية لأدوية الشركات بأسمائها التجارية، وتدفع الشركات مبالغ مالية للمجلات مقابل هذا الإعلان، ولا يخلو مثل هذ الإعلانات، من المعلومات المغلوطة والمبالغ فيها.

---

(1) Medscape. Promotional Talks for the Pharmaceutical Industry. https://www.medscape.com/viewarticle/483793 .

ثامناً: تمويل الأبحاث والدراسات العلمية

قد لا تبدو هذه الوسيلة لأول وهلة أنها وسيلة تسويقية أو دعائية لشركات صناعة الأدوية، حيث إن هذه الأبحاث والدراسات يقوم بها الأطباء والباحثون بتمويل من الشركات، وعند التدقيق نجد أن الشركات تهتم بالدرجة الأولى في أن تظهر نتائج الدراسات لصالح الدواء الذي تنتجه، حتى لو أدى ذلك إلى استخدام وسائل غير علمية أو حجب المعلومات وعدم نشرها عندما تظهر النتائج أن الدواء الذي تنتجه الشركة ذو كفاءة متدنية. ومثال ذلك مقارنة الدواء الذي تنتجه الشركة بدواء ضعيف الفعالية أصلاً أو بجرعة منخفضة من الدواء المنافس، كما تتحكم الشركات أحياناً في كيفية إجراء الأبحاث وتحليل نتائجها وكيفية نشرها، ولا يعدو بعض الباحثين سوى أن يكون مجرد أداة تستخدمها الشركة لأغراضها.

تاسعاً: التأثير على أصحاب القرار

تبذل شركات صناعة الدواء جهوداً مستمرة وأموالاً طائلة من أجل التأثير على أصحاب القرار بتبني إدخال أدويتها لتكون ضمن الأدوية المسجلة، سواء على المستوى الوطني أو على مستوى المؤسسة الصحية. وقد تستخدم الرشاوى المباشرة الصريحة أو الهدايا الثمينة جدًا كالسيارات وتأثيث المنازل والاستراحات.



هدايا شركات الصناعة الطبية:

تقدم الهدايا للأطباء والعاملين في القطاع الصحي لترسيخ العلاقة مع الشركات وتذكيرهم بمنتجاتها. ويمكن تصنيف الهدايا التي تقدم للأطباء من حيث قيمتهاعلى النحو الآتي:

١ . الهدايا البسيطة

وهي على شكل أقلام أو كتيبات، أو تقويم، أو ملفات وما شاكلها، وهذه عادة تعطى لجميع الأطباء دون تفريق بينهم، وتعطى بكميات كبيرة، كما يشمل ذلك توفير وجبات غذائية خلال إقامة المحاضرات والندوات.

٢ . الهدايا المتوسطة

مثل الحقائب والكتب، وعادة تعطى خلال المؤتمرات لجميع الأطباء الذين يحضرون هذه المؤتمرات (وقد اتفق مؤخرًا على أن يوضع اسم الشركة داخل الحقائب وليس على واجهتها).

٣. الهدايا القيمة

وتأخذ أشكالًا تتدرج حسب قوة تأثيرها في الأطباء كما يأتي:

- رشاوى لأطباء معينين لإقرار توفير أدوية معينة تنتجها الشركة.
- تذاكر سفر للطبيب وأحيانًا لأسرته أيضا لقضاء فترة إجازته مدفوعة الثمن، ويمكن أن يحضر خلال هذه الفترة مؤتمرًا علميًا قصيرًا وباقي الوقت للاستجمام.



- تذاكر سفر للطبيب لحضور مؤتمر تشرف عليه شركة الأدوية نفسها، وتتحكم في برنامجه العلمي.
- تذاكر سفر لطبيب لحضور مؤتمر تنظمه جهة لا علاقة لها بشركة الأدوية، إلا أن الغالب أن الشركة تشارك في تمويل المؤتمر مع أنه ليس للشركة دخل في البرنامج العلمي للمؤتمر.
- دفع تكاليف حضور مؤتمر فقط دون تقديم تذاكر سفر.
- تخفيضات خاصة لحضور المؤتمرات لفئات معينة ترى الشركة أن لهم أهمية في تسويق منتجاتها.

والملاحظ أن الهدايا القيمة على وجه الخصوص يخص بها أعداد قليلة وفئات معينة من الأطباء، يمكن أن يكون لهم تأثير في زيادة استهلاك أدوية الشركة الممولة، مع العلم أنه يمكن أن يكون التبرع بهذه الأموال من خلال جهات رسمية مثل الجهات الأكاديمية أو الجمعيات العلمية التي تختار الأشخاص الذين ترى أن تقوم الشركة بتمويل سفرهم وحضورهم لمؤتمرات علمية عامة.

أما الرشاوى فهي تقدم في الخفاء، إلى عدد قليل جداً من الأطباء، وعادة يكونون مسؤولين في جهاتهم لاستمالتهم لمنتوجات هذه الشركات.

ويمكن تصنيف هدايا الشركات من حيث نوعيتها كالآتي:

١) **الهدايا التذكارية**: التي غالباً تكون من الأدوات المكتبية كالأقلام

والمفكرات، وغيرها من الهدايا غير الثمينة، لكنها مكتوب عليها اسم شركة الدواء، والدواء الذي تروج له؛ والغرض منها تذكير الطبيب أو الصيدلاني بأدويتها ومنتجاتها.

٢) **الهدايا الإعلانية (العينات)**: يتم توزيعها على الأطباء والصيدليات بغرض التعريف بالمنتج، وإعطاء فرصة لتجربته.

ويمكن تصنيفها حسب من تبذل لهم إلى نوعين:

١. **هدايا فردية**: وهذه قد تعطى لجمع من الأطباء أو تكون شخصية يخص بها بعضهم دون الآخرين.

٢. **هدايا جماعية**: تعطى لجمع من الأطباء حين اجتماعهم او حضورهم المؤتمرات والندوات.

مواقف الأطباء من التعامل مع شركات الصناعة الطبية:

يتعرض الأطباء بدرجات متفاوتة للتعامل مع شركات الصناعة الطبية كلٌ حسب موقعه، ولا يرى كثير منهم غضاضة في التعرض لوسائل الدعاية المختلفة التي تقوم بها هذه الشركات، معولين على قدرتهم في فرز الجيد من الرديء بسهولة وأنهم يفكرون بطريقة علمية، ولا يمكن أن يكونوا أسارى لوسائل الدعاية والإعلان، ولن يقعوا في حبائلها مهما كانت قوة هذه الدعاية. وبالتالي فلا داعي من وجهة نظرهم إلى تحجيم وسائل الدعاية هذه بأي شكل من الأشكال، وهكذا الحال بالنسبة لهدايا الشركات.

مدى العلاقة مع شركات الصناعة الطبية وحجمها:

بالرغم من التفاوت بين الأطباء حسب تخصصاتهم والمؤسسات الصحية التي يعملون بها، والدولة التي يمارسون عملهم فيها، فإن نسبة كبيرة منهم يقيمون علاقات مع شركات الصناعة الطبية بشكل أو بآخر. فمثلًا وجدت دراسة أجريت في الولايات المتحدة أن ما نسبته ٩٤٪ من الأطباء لديهم نوع من أنواع العلاقات مع هذه الشركات، وأن ٨٣٪ منهم حصلوا على وجبات غذائية في مكان عملهم، وأن ٧٨٪ منهم حصلوا على عينات مجانية من الأدوية، وأن معدل مقابلة ممثلي شركات الأدوية ثماني مرات في الشهر.[(١)]

وفي دراسة أجريت في اليابان شارك ٨٠٪ من الأطباء اليابانيين في أنشطة علمية مولتها الشركات في مكان عملهم، وشارك ٩٣٪ منهم في أنشطة خارج مكان عملهم، كما قبل ٩٦٪ منهم هدايا بسيطة، وقبل نصفهم دعوة للوجبات خارج مكان العمل والحصول على تخفيضات لحضور أنشطة علمية.[(٢)]

وفي دراسة أجريت في المملكة العربية السعودية وجد أن ٨٠٪ اعترفوا بقبول الهدايا من الشركات، وهذه النسب تماثل سابقتها تقريبًا. وكان أكثرها شيوعًا هي عينات الدواء المجانية، ثم الأدوات المكتبية، ثم الوجبات الغذائية، ثم الدعم المادي لحضور الأنشطة التعليمية.[(٣)]

---

(1) Campbell EG, Gruen RL, Mountford J, Miller LG, Cleary PD, Blumenthal D. A national survey of physician-industry relationships. N Engl J Med. 2007 Apr 26;356(17):1742-50. doi: 10.1056/NEJMsa064508. PMID: 17460228.

(2) Saito S, Mukohara K, Bito S (2010) Japanese Practicing Physicians' Relationships with Pharmaceutical Representatives: A National Survey. PLoS ONE 5(8): e12193. doi:10.1371/journal.pone.0012193

(3) Alosaimi F, Alkaabba A, Qadi M, Albahlal A, Alabdulkarim Y, Alabduljabbar M, Alqahtani F. Acceptance of pharmaceutical gifts. Variability by specialty and job rank in a Saudi healthcare setting. Saudi Med J. 2013 Aug;34(8):854-60. PMID: 23974459.



هل يتأثر الأطباء بوسائل الدعاية؟

بالرغم من إنكار كثير من الأطباء تأثرهم بوسائل الدعاية للأدوية. فقد أثبتت الدراسات العلمية أن تعرض الأطباء للدعاية والإعلان يؤثر في سلوكهم وقبولهم للمعلومات التي قد لا تكون دقيقة أوتكون غير صحيحة على الإطلاق، كما تؤثر في وصفاتهم الطبية حيث إنهم يصفون الأدوية التي تعرضوا للدعاية عنها قريباً، وبطريقة غير ملائمة أحياناً. (١)

هل يتأثر الأطباء بالهدايا؟

ينكر كثير من الأطباء تأثرهم بالهدايا التي تقدم لهم من شركات الأدوية سواء أعطيت هذه الهدايا بطريقة شخصية من خلال ممثل الشركة أو أعطيت بطريقة جماعية، إلا أن الدراسات العلمية الموثقة أثبتت ما يأتي:

١- أن تعرض الأطباء للهدايا يجعلهم أكثر حرصاً على إضافة الدواء الذي تمت الدعاية له إلى سجل الأدوية في المؤسسة الصحية التي يعملون بها.

٢- هناك علاقة مباشرة بين التعرض لمقابلة ممثلي الشركات وبين الزيادة في صرف الدواء الذي تمت الدعاية له من قبل الطبيب.

---

(1) The Effects of Pharmaceutical Firm Enticements on Physician Prescribing Patterns* There's No Such Thing as a Free Lunch James P Orlowski, Leon Wateska. Chest 1992;102;270-273
Wazana A.Physicians and the Pharmaceutical IndustryIs a Gift Ever Just a Gift? *.JAMA*. 2000;283(3):373-380. doi:10.1001/jama.283.3.373.
Spurling GK, Mansfield PR, Montgomery BD, Lexchin J, Doust J, Othman N, et al. (2010) Information from Pharmaceutical Companies and the Quality, Quantity, and Cost of Physicians' Prescribing: A Systematic Review. PLoS Med 7(10): e1000352. doi:10.1371/journal.pmed.1000352

تأثر الأطباء بوسائل الدعاية:

لقد أثبتت الدراسات العلمية الموثقة ما يأتي:

١. أن الأطباء الذين يقبلون حضور مؤتمرات تمولها شركات الأدوية،تتضاعف فرص وصفهم لأدويتها من ٤ إلى ١٠ مرات مقارنة بغيرهم.

٢. الأطباء الذين يحضرون مؤتمرات أو محاضرات تمولها شركات الأدوية أكثر عرضة للتحيز لأدوية الشركة من غيرهم مع زيادة في وصف هذه الأدوية.

ومما يؤسف له، ويخشى من عواقبه الوخيمة على المدى البعيد، أن نشوء العلاقة مع شركات الصناعة الطبية يبدأ في مراحل مبكرة، منذ سنوات الدراسة، حيث يتعرض طلاب الطب، والمتدربون في سنوات تدريبهم الأولى لإغراءات هذه الشركات وتأثيرات الإغراء السلبية.

تضارب المصالح

يمكن تعريف تضارب المصالح بأنه " ذلك الوضع الذي يكون فيه الإنسان واقعا بين نزعتين، إحداهما تحقق مصلحته الذاتية وأخرى تحقق مصالح لآخرين.

ويحدث هذا التضارب أو التنازع في حالات كثيرة، ومنها ما يحدث في علاقة الممارس الصحي مع المريض، حيث الأصل أن الممارس الصحي وكيل عن المريض، مؤتمن على صحته وحياته، ومن هنا وجب عليه أن يسعى جاهدا

لتحقيق مصلحته، أعني مصلحة المريض بالدرجة الأولى وأن يختار ماهو أصلح وأنفع، دون النظر إلى مصلحته الشخصية.

وفي الموضوع الذي نحن بصدده، لا شك أن التنازع والتضارب بين مصلحة الممارس الصحي، ومصلحة المريض قد يحدث، فيصبح الممارس الصحي في نزاع داخلي بين تحقيق مصلحة المريض والسعي إلى نفعه، وبين مصلحته الذاتية.

والمعروف أن شركات الصناعة الطبية حين تقيم علاقات مع الممارسين الصحيين، فإن هدفها تجاري ربحي بالدرجة الأولى، وإن تم تغليفه بغلافات مختلفة. ومن هنا وجب على الممارس الصحي أن يكون يقظا لما يترتب على هذه العلاقة على المدى الطويل. وقد يكون هذا التنازع بين المصالح خفيا لا يظهر للممارس الصحي ولا للآخرين، مما يؤكد ضرورة الحذر الشديد من مزالق هذا التنازع ومآلاته.

إن من مقتضى الأمانة أن يختار الممارس الصحي من الإجراءات الطبية والأدوية وغيرها، ما يناسب حال المريض وما يحقق أعلى مصلحة ونفع له، دون النظر إلى منتج شركة معينة، له صله بها أو أقام علاقة معها، أو تعرض لدعايتها، وأن يكون الاختيار مبنيا على أسباب علمية وعملية بحته. فالمريض، إذوضع نفسه تحت تصرف الممارس الصحي إنما أعتبره في هذه الحالة وكيلا عنه ومستشارا له.

يقول الرسول ﷺ : «**إن المستشار مؤتمن**» [١]...الحديث).

أي أنه أمين، لا ينبغي له أن يخون المستشير بكتمان المصلحة أو بالدلالة على ما يضر به، فهي أمانة في عنق الممارس الصحي.

هدايا الشركات وأحكامها:

تمثل هدايا شركات الصناعة الطبية التي تقدمها للأطباء وبقية الممارسين الصحيين مدخلاً رئيسياً لإقامة العلاقة التسويقية معهم. وتحرص هذه الشركات حرصاً شديداً على تقديم هذه الهدايا بأنواعها وأصنافها المختلفة في جميع مراحل هذه العلاقة بدءاً من طلاب البكالوريوس، ومروراً بالمتدربين في الدراسات العليا، وانتهاءً بالاستشاريين، وكل حسب ما يناسبه ويليق بمقامه.

والحقيقة أن هذا الهدايا تمثل مشكلة حقيقية تستدعي النظر إليها من الجهة الأخلاقية والشرعية.

والسؤال المطروح: هل هذه الهدايا، مجردة من أي غرض أم أن لها أغراضًا تسويقية فحسب؟ وهل لبذلها للممارسين الصحيين أي أثر في أدائهم عملهم أم لا؟ وكيف يُنظر إليها من الناحية الشرعية والأخلاقية؟

لقد ثبت من خلال دراسات علمية كثيرة أن الغرض من وراء بذل هذه الهدايا هوالتسويق لمنتجات الشركات دون شك، فهل هناك مشكلة في التسويق؟

---

(١)سنن الترمذي .الصفحة أو الرقم: ٢٣٦٩ – خلاصة حكم المحدث : حسن صحيح غريب .
https://www.dorar.net/hadith/sharh/39926

الأصل أن التسويق جائز، والأصل في المعاملات الإباحة، كما هو معلوم شرعًا. ويتأكد جوازه إذا كان مدحًا للسلعة بحق، دون كذب، أو تدليس، أو تغرير، أو تضليل.[(١)]

فمن حق الشركات أن تسوق منتجاتها، ليتعرف الناس عليها.. والعادة أن الشركات غير الدوائية تسوق منتجاتها مباشرة للمستفيدين منها، إلا أن الأمر مختلف بالنسبة لشركات الصناعة الطبية حيث إنها تسوق منتجاتها عن طريق وسيط، وهوالممارس الصحي، الذي يقوم بدوره بوصف هذه الأدوية أو الأجهزة للمرضى، وهنا تكمن المشكلة، فالممارس الصحي يُعَدُّ في الأساس وكيلاً عن المريض في العملية التسويقية، وهنا قد يحصل الخلل من خلال تضارب المصالح كما ذكرنا سابقاُ.

التكييف الشرعي للهدايا المقدمة من شركات الصناعية الطبية

عرف الفقهاء الهدية بأنها " تمليك من دون عوض، لغير حاجة المعُطى، وأُدخل فيها الخدمات المجانية أيضاً. "[(٢)]

---

(١) المصلح، خالد بن عبد الله. الحوافز التجارية التسويقية وأحكامها في الفقه الإسلامي، ص ٢٣١ ومابعدها. موقع الشيخ خالد المصلح https://almosleh.com/ar/index-ar-library-12.html .

وينظر أيضا: المناصير، علي عبد الكريم. الإعلانات التجارية، مفهومها وأحكامها في الفقه الإسلامي (رسالة دكتوراه)،٢٠٠٧ م. الجامعة الأردنية، ص ٤٧ ومابعدها. موقع كتاب بديا https://ketabpedia.com/

(٢) المصلح، خالد بن عبد الله. هدايا العمال والموظفين وتطبيقاتها المعاصرة. مجلة الشريعة والدراسات الإسلامية، مجلد ٢٧،العدد ٩١،محرم ١٤٣٣ هـ.

وفرقوا بينها وبين الرشوة في أمور، منها: [1]

أ. أن الرشوة محرمة والهدية جائزة، بل مندوب إليها ومستحبة.

ب. أن الهدية لا شرط فيها، والرشوة مشروطة بعوض.

ت. القصد من الرشوة التوصل إلى إبطال حق أو إحقاق باطل، بينما الهدية تبذل للتودد والتلطف.[2]

ث. الهدية ظاهرة معلنة والرشوة مخفية.

فالأصل في الهدية الجواز والاستحباب والندب، فهل ينطبق هذا على هدايا الشركات؟

الحقيقة أن التكييف الفقهي لهدايا الشركات هي أنها من "هدايا العمال" أو " هدايا الموظفين". ويمكن تعريفها بأنها "الهدايا التي تُبذل للعامل أو الموظف بسبب وظيفته لا بسبب آخر"، ويُقصد منها استمالة الموظف لخدمة الشركة بإكرامه ومجازاته.

والأصل في هدايا العمال والموظفين المنع والتحريم، والأدلة على ذلك ما يأتي:

---

(١) المصلح، خالد: المرجع السابق.، والهاشم، عبدالر حيم بن ابراهيم. الهدايا للموظفين: أحكامها وكيفية التصرف فيها. دار بن الجوزين١٤٢٨ هـ.

الحميد، محمد بن ناصر. هدايا العمال بين الشريعة والنظام. رسالة ماجستير، جامعة نايف للعلوم الأمنية. ١٤٣٢ هـ. https://core.ac.uk/download/pdf/80744165.pdf

(٢) الجرعي، عبد الرحمن. هدايا الشركات العاملة في المجال الطبي. السجل العلمي لمؤتمر الفقه الإسلامي.قضايا طبية معاصرة (١٤٣١)، ص٤١٣٧.

١- حديث أبي حميد الساعدي رضي الله عنه قال: (استعمَلَ النبيُّ ﷺ رجلًا مِن الأزدِ يُقال له: ابْنُ اللُّتْبِيَّةِ على الصَّدقةِ، فلمَّا قدِمَ قال: هذا لكم، وهذا أُهدِيَ لي، فقال له النبيُّ ﷺ: فهلَّا جلَس في بيتِ أبيه أو بيتِ أمِّه فينظُر يُهدَى له أم لا؟! والذي نفْسي بيَدِه لا يَأخُذُ أحدٌ منه شيئًا إلَّا جاءَ به يومَ القيامة يحمِلُه على رَقَبتِه؛ إنْ كان بعيرًا له رُغاءٌ، أو بقرةً لها خُوارٌ، أو شاةً تَيْعِر، ثم رفَع بيده حتى رأينا عُفرةَ إبْطَيه، اللهمَّ هلْ بلَّغتُ؟! اللهمَّ هل بلَّغتُ؟! ثلاثًا.[١]

٢- حديث عُدي بن عميرة الكندي رضي الله عنه قال: سمعتُ رسولَ الله ﷺ يقول: «**مَنِ استَعْمَلْناه منكم على عَمَلٍ، فكتَمَنا مَخِيطًا فما فوقَه، كان غُلولًا يأتي به يومَ القِيامَةِ**». قال: فقام إليه رجلٌ أسودُ من الأنصارِ، كأنِّي أنظُرُ إليه، فقال: يا رسولَ الله: أقْبَلْ عنِّي عملَك. قال: وما لكَ؟ قال: سمعتُك تقول كذا وكذا. قال: وأنا أقولُه الآن، مَن استَعْمَلْناه منكُم على عمَلٍ، فلْيَجِئْ بقليلِه وكثيرِه، فما أُوتيَ منه أخَذ، وما نُهِيَ عنه انتهى.[٢]

٣- عن أبي حميد الساعدي: أن رسول الله ﷺ قال: «**هدايا العمال غلول**».[٣]

---

(١) رواه البخاري (٦٩٧٩)، ومسلم.(1832) . الدرر السنية. الموسوعة الفقهية https://2u.pw/h8TDl .

(٢) رواه مسلم.(1833) . الدرر السنية، الموسوعة الفقهية .https://2u.pw/h8TDl

(٣) خلاصة الدرجة: صحيح – المحدث: الألباني – المصدر: إرواء الغليل ٢٦٢٢. المكتبة الشاملة. ملتقى أهل الحديث. . https://al-maktaba.org/book/31615/28420#p10

وأضاف بعض الباحثين دليلاً آخر وهو سد الذرائع، والمقصود أن هذه الهدايا وسيلة الى الرشوة وإفساد الذمم، فيجب منعها وسد الذريعة إليها، فما كان وسيلة إلى محرم فهو محرم.[١]

فهذه الهدايا إما أنها رشوة، وإما عوض على عمل واجب على الممارس الصحي القيام به بحكم وظيفته، وكلاهما ممنوع شرعاً[٢].

وبعد أن تحدثنا عن الأصل في الهدايا عموماً، وهدايا العمال والموظفين خصوصًا، نفصل القول في أنواع الهدايا التي تقدمها شركات الصناعة الطبية، وما يجوز منها وما لا يجوز.

أولًا: الهدايا الجائزة

أ. الهدايا التي ليس للوظيفة أثر فيها:

فالهدية إذا لم يكن لوظيفة الممارس الصحي وموقعه الوظيفي آثر فيها، فهي جائزة، لأن الضابط في منع الهدية للموظف هو ارتباطها بوظيفته وعمله، ويؤخذ هذا من قوله صلى الله وعليه وسلم: "فهلا جلس في بيت أبيه أو بيت أمه فينظر أيهدى إليه أو لا؟". [٣]

---

(١) الجرعي، عبد الرحمن: مرجع سابق، ص ٤١٤٧-٤١٥١.
(٢) الجرعي، عبدالرحمن:مرجع سابق، ص ٤١٤١.
(٣) المصلح، خالد: مرجع سابق.

فإذا أهدي إليه لأجل قرابة أو صداقة أو مودة فلا بأس بها. قلت: وهذا النوع نادر في الهدايا التي تُقدم من شركات الصناعة الطبية، والنادر لا حكم له. والله أعلم.

ب. **الهدايا التي تأذن جهة العمل بقبولها:**

ويُستدل على ذلك من قول الرسول ﷺ: «**من استعملناه منكم عل عمل فليجئ بقليله، وكثيره، فما أوتي منه أخذ، وما نُهي عنه انتهى**»، وقول الرسول صلوات الله عليه وسلامه في حديث معاذ رضي الله عنه حين بعثه إلى اليمن، فقال: «**أتدري لم بُعثت؟ لا تصيبن شيئاً بغير إذني، فإنه غلول**».(١).

وهذا صريح في جواز أخذ العامل أو الموظف شيئاً بسبب ما استعمله فيه إذا أذن من استعمله ووظفه. وهنا قد تحققت رقابة المسؤول عن الموظف، والجهة التي يعمل بها فيجوز أخذها من حيث الأصل.

إلا أن هناك إشكالًا حول هذا النوع من الهدايا، إذ قد يتواطأ المسؤول مع الموظف على أخذ الهدايا بشروط معينة مثلاُ، كأن يعطيه أو أحد أقاربه منها أو غير ذلك من الشروط، فتصبح محل شبهة. والله أعلم. كما أن ذمم المسؤولين قد تكون فاسدة، فيؤدي هذا إلى التوسع في أخذ الهدايا، خاصة إذا كانت تبذل من شركات الصناعة الطبية لأفراد معينين في كل مرة.

---

(١) المحدث: البخاري المصدر :العلل الكبير. الصفحة أو الرقم | 200 :خلاصة حكم المحدث: حسن. الدرر السنية https://2u.pw/Q6v3A .

ج. الهدايا التي يتسامح فيها عادة:

وذلك لانتفاء العلة التي من أجلها تبذل الهدايا حيث لا يكون الباعث عليها ذا صلة بعمل الموظفين.

وقد يدخل في هذا الباب الهدايا البسيطة التي تقدم للممارسين الصحيين كالمواد المكتبية والأقلام رخيصة الثمن وما شاكلها. وقد رأى بعض الباحثين المعاصرين جواز أخذها، ما لم ترتبط بشروط معينة، كمثل الوصفات الطبية أو التسويق لدواء.[١]

والأفضل في حق الممارس الصحي، وابتعاداً عن الشبهة أن لا يأخذ هذه الهدايا، وهذا هو الأحسن، فقد ذهب جماعة من أهل العلم على القول بتحريم هذا النوع من الهدايا، إعمالًا للاصل، وهو تحريم هدايا العمال.

ومنها فتاوي اللجنة الدائمة للإفتاء في المملكة العربية السعودية التي أفتت بتحريم ما هو دون ذلك من الهدايا، فقد سُئلت حول ما يعطيه بعض المشترين من مال لصيدلي يعمل في صيدلية على سبيل البقشيش فجاء في فتوى اللجنة ردا على الصيدلي: "لا يجوز لك أخذ ذلك المال، لأنه نوع من الرشوة وهي محرمة "[٢].

وكذلك الحال إذا خاف الممارس الصحي أن هذه الهدايا قد تغير سلوكه وتصرفاته في صرف الأدوية أو الأجهزة، فالأولى تجنبها. قلت: خاصة إذا كانت تحوي اسم

---

(١) الجرعي، عبد الرحمن: مرجع سابق، ص٤١٦٥.

(٢) فتاوي اللجنة الدائمة الجزء رقم ٢٣ ص ٥٥٢، رقم الفتوى ٩٢٠٦.

الدواء المراد تسويقه، فرؤية اسم هذا الدواء قد يؤدي إلى كثرة صرفه للمرضى دون غيره.

ثانيًا: أنواع الهدايا الآخرى وأحكامها

نظرًا لأن هدايا شركات الصناعة لا تقتصر على الهدايا العينية، وتوجد أنواع أخرى من الهدايا أو ما هو في حكمها، يجدر بنا أن نذكر أنواعها وأحكامها:

أ. تمويل الرحلات العلمية

يمكن أن يكون تمويل حضور الممارسين الصحيين للمؤتمرات والندوات والدورات متصفًا بما يأتي:

١- **أن يكون مشروطًا بوصف أدوية الشركة أو أجهزتها أو الإكثار من ذلك أو الاقتصار عليه**: فهذا لا يجوز قطعاً لأنه تحيز واضح، وضرر على المرضى وعلى الشركات الأخرى، والقاعدة الشرعية تقول: «**لا ضرر ولا ضرار**». ومثل هذا الشرط يجعل هذا التمويل من هدايا العمال ـ والتي سبق الحديث عنها ـ بأن الأصل فيها التحريم لأنها من الغلول.

٢- **أن لا يكون هذا التمويل مشروطًا ولا يخلو هذا من حالين:**

الأول: أن يكون الدافع تسويقياً بحتاً فعنئذٍ لا يجوز قبوله.

الثاني: أن يكون خدمة للعلم والمعرفة، فعنئذٍ أجاز بعض الباحثين قبول هذا

التمويل [١]. لكن من الصعوبة بمكان التصور أن يكون دافع الشركات هو خدمة العلم فحسب، فالمعروف عنها أن أغراضها تسويقية بحتة وعندئذٍ – وحسب ما توصلنا إليه ــ نرى أنه يلحق بالنوع الأول. والله أعلم.

ب. العينات المجانية:

تبذل شركات الأدوية عينات مجانية للأطباء، الغرض منها تسويق الدواء بالدرجة الأولى، وقد يأتي التعرف على الدواء تبعاً لذلك. فإذا كان بذل هذه العينات مشروطًا بوصف هذا الدواء دون غيره، فقد دخلت في المحظور شرعاً، وبالتالي لا يجوز قبولها.

أما إن لم تكن مشروطة، أو أن الغرض منها تعريف الأطباء على الدواء فقد رأى الدكتور الجرعي أنه لا مانع من قبولها [٢]. ومن الذرائع التي تذرع بها الأطباء عند قبولهم للعينات أنهم يبذلونها للفقراء والمعوزين!... وقد يبدو هذا الأمر سائغاً من حيث الأصل وللوهلة الأولى، لكن يعتري هذه القضية ثلاثة أمور:

الأول: أن الغرض بالدرجة الأولي تسويقي.

الثاني: تعود الطبيب على وصف هذا الدواء، حيث يكون حاضراُ في ذهنه.

الثالث: تعلق المريض بالدواء وتعوده عليه، وقد يكون غيره أفضل أو أرخص منه، وهنا ضررعلى المريض. وعندئذٍ يشوب هذا النوع من

---

(١) الجرعي، عبدا لرحمن: مرجع سابق، ص ٤١٦١.
(٢) المرجع السابق، ص٤١٦٣.



الهدايا شائبة أقل ما يقال فيها: إنها شبهة، يجب الابتعاد عنها، والله اعلم.

ج. تمويل المؤتمرات

تبذل شركات الصناعة الطبية جهداً كبيراً من أجل المشاركة في تمويل المؤتمرات لأغراض تسويقية، كجزء من المشاركة المجتمعية التي تفرض عليها من حكومات الدول التي توجد بها.

ويمكن أن يكون تمويل شركات الصناعة الطبية للمؤتمرات على النحو الآتي:

١- مؤتمرات تقيمها جمعيات علمية أو جهات أكاديمية أو صحية، ولا دخل للشركات في برامجها العلمية، وإنما يقتصر دورها في التمويل فحسب.

٢- مؤتمرات وندوات ودورات تقيمها الشركات نفسها، وتشرف على برنامجها العلمي كاملاً.

فأما النوع الأول فلا إشكال فيه، خاصة إذا كان البرنامج العلمي لا يشمل أي دعاية أو تسويق لمنتجات معينة تنتجها الشركة الممولة، وقد وضعت ضوابط للدعاية في هذه الحالة، وهي أن يكون الإعلان خارج قاعات المؤتمر، ويمكن أن يقدم الشكر للشركات الممولة في المؤتمر، ويتم تكريمها.

وأما النوع الثاني فهو تسويقي بحت، وفيه شراء للذمم، وفي غالب الأحيان

يكون برنامجه العلمي ركيكًا جداً، ويحتوي على أوقات طويلة للترفيه والاستجمام، فنرى أنه لا يجوز قبول حضور مثل هذه الأنشطة. والله أعلم.

وهناك ضابط مهم، وهو أنه في حال الاشتباه في توافر قرائن الإباحة، فإنه يرجع إلى الأصل الخاص في هدايا العمال والموظفين، وهو المنع والتحريم، لأن اليقين لا يزول بالشك، واليقين هو التحريم، فلا يرتفع في حال الشك في وجود شرط الإباحة.[١]

مواقف الهيئات والجمعيات الطبية:

لقد أبدت كثير من الهيئات والجمعيات الطبية قلقها البالغ من نوعية العلاقة بين الأطباء والعاملين في القطاع الصحي وبين شركات الصناعة الطبية، خاصة بعد أن أثبتت الدراسات أن هناك تحيزاً لمنتجات الشركات التي تتصل بالأطباء بوسائل الدعاية المختلفة أو من خلال تقديم الهدايا لهم، فعلى سبيل المثال: أصدرت الجمعية الطبية الأمريكية قواعد إرشادية تتعلق بقبول الهدايا من شركات الصناعة الطبية، ومنها:

- عدم قبول الهدايا من شركات الصناعة الطبية إذا ارتبطت ببعض الشروط مثل وصفات محددة لدواء معين.
- عدم قبول الهدايا الباهظة الثمن، والتي يتوقع أن يكون لها تأثير في قرار الطبيب في وصف الأدوية.

---

(١) المصلح، خالد: مرجع سابق، ص ١٩.

- قبول الهدايا البسيطة قليلة الثمن أو التي تعطى عادة للأطباء عند حضورهم المؤتمرات أو الندوات.
- عدم القبول المباشر لعرض الشركات لحضور المؤتمرات على حسابها أو أن يكون ذلك من خلال المؤسسات الصحية.

وأصدر المجلس الطبي البريطاني والمجلس الطبي الأسترالي إرشادات مشابهة.[١]

إرشادات الهيئة السعودية للتخصصات الصحية في المملكة العربية السعودية

جاء في كتاب أخلاقيات مهنة الطب الصادر عن الهيئة السعودية للتخصصات الطبية، وتحت بند العلاقة مع الشركات؛ القواعد الإرشادية الآتية:

على الممارس الصحي مراعاة الضوابط التالية: [٢]

١. عدم التحيز لأدوية أو أجهزة أو مواد شركة معينة دون مبرر واضح، مثل جودة المنتج أو رخص سعره مقارنة بما يماثله من حيث الجودة، أو عدم توفر غيره في الوقت الذي احتاج المريض إليه.

---

(1)AMA Code of Medical Ethics' Opinions on Physicians' Relationships with Drug Companies and Duty to Assist in Containing Drug Costs. AMA Council on Ethical and Judicial Affairs. https://journalofethics.ama-assn.org/article/ama-code-medical-ethics-opinions-physicians-relationships-drug-companies-and-duty-assist-containing/2014-04

(٢) الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. أخلاقيات الممارس الصحي، ص ٤١.

٢. لا يعد قيام الشركات الطبية بتمويل الأنشطة العلمية في المؤسسة الصحية مسوغاً مقبولاً لتفضيل منتجاتها.

٣. تبنى الإجراءات التشخيصية والعلاجية والوقائية على حاجة المريض الفعلية، ولأجل اعتبارات صحية فقط، لا بسبب علاقة الممارس الصحي أو المنشأة الصحية بالشركة المنتجة.

٤. يكون قبول تمويل الأنشطة العلمية مرتبطاً بما يخدم المعرفة الطبية فقط، وألا يكون للشركة الممولة أي دور في البرنامج العلمي للنشاط أو في اختيار المتحدثين أو الدعاية لمنتج محدد ضمن البرنامج العلمي أو مطبوعات النشاط، ويتاح للشركات أن تشارك في معرض مصاحب للنشاط العلمي.

٥. يجوز للممارس الصحي عند تقديم مشاركة في أنشطة تعليمية أو استشارة مهنية الحصول على مقابل مناسب من الشركات نظير تلك المشاركة، والتعويض عن نفقات السفر والإقامة، أو قبول هدايا تذكارية، على أن لا يؤثر ذلك كله في قراراته المهنية أو الإدارية وعلاقاته المستقبلية مع هذه الشركات.

وجاء تحت بند هدايا الشركات مايأتي: [١]

١. لا يجوز للممارس الصحي، سواءً عمل في القطاع الحكومي أو الخاص، قبول الرشاوى أو منحها، ومن ذلك قبول الهدايا إذا ارتبطت بعدد الوصفات الطبية التي يكتبها أو عدد الأجهزة التي يصفها للمرضى بما يعود بمنفعة على الشركة.

٢. لا يجوز للممارس الصحي قبول الهدايا أو القروض أو الأجهزة والأدوات أو المبالغ المقدمة له شخصياً من الشركات مهما كانت مبررات ذلك.

٣. يمكن للممارس الصحي استخدام الهدايا غير الثمينة كالأقلام ونحوها، أو الكتب والمجلات الطبية إذا قدمت بصفة غير شخصية، على ألا ترتبط بأي دعاية لمنتج محدد.

٤. يسمح للمؤسسات الصحية أو الجهات التي يتبع لها الممارس الصحي بقبول المنح التعليمية والدعم المالي لحضور دورات تدريبية أو المؤتمرات أو غيرها من الأنشطة على أن تقوم تلك المؤسسات أو الجهات باختيار المرشحين من الممارسين الصحيين حسب ما تقتضيه المصلحة العامة.

---

(١) الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. أخلاقيات الممارس الصحي، ص ٤٠.

٥. لا يجوز للممارس الصحي بصفة شخصية قبول الإعانات التي تقدم من الشركات للتعويض عن مصاريف السفر والإقامة والوجبات الغذائية عند المشاركة في حضور الندوات والمؤتمرات، ولا التعويض عن وقته مقابل حضور التدريب. ويمكن قبول وجبات الضيافة المقدمة لعموم الحضور.

❋❋❋

الفصل العاشر:

قضايا نهاية الحياة والإنعاش

قضايا نهاية الحياة والإنعاش

الحالة الأولى:

مريض يبلغ من العمر ٨٤ عامًا يعاني من الأمراض الآتية:

١ - داء السكري من النوع الثاني.

٢- ارتفاع ضغط الدم.

٣- متلازمة أديسون.

٤- مرض الكلى المزمن (المرحلة الرابعة).

مع إعتلال دماغي يوريمي (Uremia encephalopathy).

٥- سرطان القولون مع انتشاره في الكبد والرئتين، وربما الدماغ، ولم يتم التأكد لأن أولياء المريض رفضوا الفحوص التأكيدية.

٦- ورم البروستاتا الحميد.

٧- اعتلال في الوعي أو هذيان (قد يكون بسبب جلطة دماغية محتملة) مع رفض أولياء المريض عمل تصوير بالرنين المغناطيسي.

قرر الأطباء عدم الإنعاش، لكن عائلته رفضت ذلك رفضًا قاطعًا وطلبوا عمل كل شيء حتى الإنعاش القلبي الرئوي.

الحالة الثانية:

طفل عمره ٣ أعوام، يعاني من مرض الورم العصبي الليفي (NEUROFIBROSMATOSIS) من النوع الأول، أدخل المستشفى بسبب التهاب حاد

وشديد في الجهاز التنفسي، وكما أنه يعاني من تأخر شامل في النمو العقلي يماثل طفل عمره٣-٤ شهور، حصل له توقف في القلب والتنفس، واستعيدت الدورة الدموية، بعد إجراء الإنعاش القلبي الرئوي (CPR). حصل له بعد ذلك نوبات صرع حادة بعد الإنعاش القلبي الرئوي، وتم السيطرة عليها بالأدوية.

تحسن الالتهاب في الجهاز التنفسي، وتم إخراج أنبوبة التنفس، وبقي على التنفس الصناعي غير الباضع (Noninvasive) باستخدام الكمامة، ولم يمكن فطامه منها.

قرر الأطباء عدم الإنعاش، ولكن عائلة المريض رفضت ذلك رفضاً قطعيًا.

الحالة الثالثة:

مريض يبلغ من العمر ٧٥ عاماً يعاني من الأمراض الآتية:

١- داء السكري.

٢- داء ارتفاع الضغط الدموي.

٣- شلل نصفي سفلي (بعد حادث مروري قبل ١٥ سنة) أدى إلى إصابة الحبل الشوكي.

٤- تقرحات الفراش.

أدخل المستشفى بسبب صدمة إنتانية (Septic Shock)، وأحتاج إلى المنفسة (ventilator) التي وضعت، ثم أجريت له عملية فتحة القصبة الهوائية (Tracheostomy)، وهو الآن يتنفس من خلالها باستخدام المنفسة، ومن الصعب فطامه عنها، المريض يتواصل من خلال الإشارات مع بقاء وعيه كاملاً.

أختلف الأطباء في تفعيل قرار عدم الإنعاش. حصل له التهاب رئوي، وقرر الطبيب المناوب بدء إعطائه مضادات حيوية، قبل إحالته إلى العناية المركزة. طبيب العناية المركزة المناوب، كان يرى عدم البدء بإعطائه المضادات الحيوية، لأن وضعه الصحي سيئ.

سنناقش هذا الموضوع من خلال المحاور الآتية:

أولًا: حفظ النفس كإحدى الضرورات الخمس.

ثانيًا: التداوي وعلاقته بالإنعاش.

ثالثًا: حالات الأمراض في الواقع ومآلاتها.

رابعًا: الإنعاش القلبي الرئوي.

خامسًا: قرارعدم الإنعاش.

سادسًا: عدم جدوى التدخل الطبي.

سابعًا: حالات المرضى مع أجهزة الإنعاش.

ثامنًا: علاج الأعراض عند قرب نهاية الحياة.

تاسعًا: فتاوى حول الإنعاش.

عاشرًا: رفع الأجهزة بعد وضعها.

حادي عشر: إذن المريض وأوليائه.

ثاني عشر: مسؤولية اتخاذ القرار.

ثالث عشر: التوجيه المسبق (وصية المريض قرب وفاته).

رابع عشر: التغذية والإرواء قرب نهاية الحياة.

خامس عشر: الإسبات التلطيفي.

سادس عشر: التزاحم على الأجهزة.

سابع عشر: التكلفة المادية.

أولاً: حفظ النفس كإحدى الضرورات الخمس

حرص الدين الإسلامي الحنيف على حفظ النفس البشرية، وعدها علماء الشريعة من المقاصد الضرورية التي جاءت الشريعة الإسلامية السمحة لحفظها وصيانتها. وقد أحاط الإسلام النفس البشرية بسياج متين يحفظها، ويحرم التعدي عليها، ويتجلى ذلك في الأمورالآتية:

أ. وضع النفس البشرية في منزلة عالية والتشنيع على من أزهقها، وأثنى على من أحياها قال تعالى: ﴿مَن قَتَلَ نَفْسًا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِي الْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ النَّاسَ جَمِيعًا وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا﴾ (المائدة:٣٢).

ب. تحريم الانتحار والوعيد الشديد لمن قتل نفسه، قال تعالى: ﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَنفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا﴾ (النساء: ٢٩).

وقال رسول الله ﷺ: **«من قتَلَ نفسَهُ بحديدةٍ جاءَ يومَ القيامَةِ وحديدتُهُ في يدِه يتوجَّأُ بِها في بطنِهِ في نارِ جَهنَّمَ خالدًا مخلَّدًا أبدًا، ومن قَتلَ نفسَه بسُمٍّ فَسمُّهُ في يدِه يتحسَّاهُ في نارِ جَهنَّمَ خالدًا مخلَّدًا»**.[1]

---

(١) اخرجه البخاري (٥٧٧٨)، ومسلم(109) .الدرر السنية https://dorar.net/hadith/sharh/40054

ت. تحريم الأعتداء على النفس البشرية، قال تعالى: ﴿ وَمَن يَقْتُلْ مُؤْمِنًا مُّتَعَمِّدًا فَجَزَآؤُهُۥ جَهَنَّمُ خَٰلِدًا فِيهَا وَغَضِبَ ٱللَّهُ عَلَيْهِ وَلَعَنَهُۥ وَأَعَدَّ لَهُۥ عَذَابًا عَظِيمًا ﴿٩٣﴾ ﴾ (النساء :٩٣).

ث. وجوب القصاص قال تعالى: ﴿ وَلَكُمْ فِي ٱلْقِصَاصِ حَيَوٰةٌ يَٰٓأُولِي ٱلْأَلْبَٰبِ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ ﴿١٧٩﴾ ﴾ (البقرة:١٧٩).

ومن هنا ندرك قدسية الحياة الإنسانية من وجهة نظر الإسلام، وتحريم الاعتداء عليها. ونقرر أن إحدى أولويات الرعاية الطبية حفظ النفس البشرية بدفع ما يضرها قبل وقوعه، ورفعه بعد وقوعه.

ثانيًا: التداوي وعلاقته بالإنعاش

ذكرنا في الفصل الرابع أن جمهور الفقهاء صرفوا أحاديث الأمر بالتداوي إلى الإباحة أو الندب وليس إلى الوجوب. والسؤال الذي يطرح هنا، وفي هذا السياق، هو: متى يكون التداوي واجبًا، فيجب عندئذ الاستمرار في العلاج، ومن ذلك الإنعاش؟

لقد مر معنا كلام شيخ الإسلام ابن تيمية ـ رحمه الله ـ وهو قوله عن التداوي: "... وقد يكون منه ما هو واجب، وهو ما يعلم أنه يحصل به بقاء النفس لابغيره" (انظر: ص ٢٤)، ويؤيد ذلك مجمع الفقه الإسلامي الدولي، مضيفًا إليه الوجوب عند خوف تلف عضو من الأعضاء أو عجزه، أو كان المرض ينتقل إلى غيره. (ص٢٤).

وقد يتبادرإلى الذهن أنه مادام التداوي ليس واجبًا فيمكن التوقف عن

الاستمرار فيه أو الامتناع عنه، لكن هذا من جهة المريض. أما من جهة الطبيب، فالأصل أن يبذل وسعه في تقديم العلاج الطبي للمريض، والاستمرار فيه. فهل هذا على إطلاقه؟ أم هناك استثناءات؟ وهل قضية الأمر بعدم الإنعاش أورفع أجهزة الإنعاش داخلة في هذا الاستثناء؟

وسنحاول الإجابة عن هذه الأسئلة – إن شاء الله – بعد الحديث عن واقع الأمراض التي تتطلب الإنعاش، وتصوير موضوع أجهزة الإنعاش.

ثالثًا: حالات الأمراض في الواقع ومآلاتها

يمكن تقسيم الأمراض من حيث مآلاتها إلى أربعة أنواع:

أ. الأمراض الخطيرة المميتة خلال فترة قصيره، قد تكون سنواتٍ قليلة أو أشهرًا أو حتى أسابيع، ومن أمثلتها أمراض السرطان في مراحلها الأخيرة أوحينما تكون قد انتشرت في أجزاء أخرى من الجسم، أو تلك الأنواع التي تعرف بأنها أشد خطورة وأسرع فتكًا مثل سرطان البنكرياس.

ب. المرضى الذين يتعرضون لمضاعفات شديدة في الأجهزة الحيوية من الجسم، كالقلب والرئتين (فتؤثر في التنفس والدورة الدموية) مباشرة أو بطريقة غير مباشرة نتيجة لأمراض مزمنة. كداء السكري مثلًا؛ حيث يتعرض هؤلاء المرضى لمرات عديدة من التنويم في المستشفيات حتى يصلوا إلى مرحلة متقدمة من المرض ومضاعفاته، ويقتربون من وضع المرضى في النوع الأول (أ).

ج. المرضى الذين يعانون من أمراض تتصاعد حدتها ببطء، ولاتؤثر بالضرورة في الأجهزة الحيوية في الجسم، ومن أمثلتها الخرف (Dementia)، والتهاب المفاصل (Osteoarthritic)، وإذا قدمت لهؤلاء المرضى، خدمات تمريضية جيدة فإنهم يستمرون حتى يطعنوا في السن (يهرموا)، أو حتى يعانوا من أمراض أخرى كالتهاب الجهاز التنفسي، وغيرها من الأمراض التي قد تؤدي بهم إلى الوفاة.

ح. المرضى الذين ليس لديهم أمراض تؤدي إلى إدخالهم المستشفيات، ويكتفى بعلاجهم في العيادات، لكنهم في النهاية سيواجهون الموت فجاءة لسبب من الأسباب، مثل النوبات القلبية، أو غيرها.

وكما هو مشاهد فإن النوع (أ) لايوجد حوله خلاف كبير فحال المرضى معروف أنه سيؤدي إلى الوفاة، ومن ثم يقبل كثيرون بإصدار أمر عدم الإنعاش في حالة توقف القلب والدورة الدموية والتنفس. وقد يكون الأمر كذلك بالنسبه للنوع (ب) عند تأثر الأجهزة الحيوية في الإنسان تأثراً كبيراً، يصعب أو يستحيل معه العودة إلى وضع طبي مستقر أو يتأرجح فيه المريض بين الحياة والموت، وإن كان بدرجة أقل من النوع (أ).[1]

ولا يكاد يجادل أحد في أنه يجب إنعاش المرضى بالنسبة للصنف المذكور في(ج)، و(ح).

---

(1) Tsang JYC. The DNR order: what does it mean?. *Clinical Medicine Insights: Circulatory, Respiratory and Pulmonary Medicine*,*2010;4:15-23*

وهناك تصنيف آخر اقترحه الدكتور ياسين العرابي للحالات غير القابلة للشفاء وهو:

أولاً: المرضى المصابون بأمراض عضال ولا علاج، لها ويعرف عنها تفاقمها التدريجي الذي ينتهي بالوفاة خلال فترة تقرب أو تبعد. ومثال ذلك السرطان المنتشر الذي لا علاج له، والذي يعرف طبياً من الحالات المشابهة أنه سينتهي بالوفاة خلال مدة أشهر.

ثانياً: المرضى المنومون في قسم العناية المركزة، والذين فشلت معهم كل الوسائل العلاجية المتوفرة في تحسين حالتهم الصحية، فانتهى بهم الحال إلى حالة شبه نهائية. وهؤلاء هم أقرب للموت منهم للحياة، وهم في حالة احتضار. ومثال ذلك المريض المصاب بتسمم شديد في الدم ولم تفد معه أجهزة التنفس الاصطناعي والغسيل الكلوي والأدوية المختلفة في وقف تطور المرض، (وهذا يسمى طبياً حالة فشل الأعضاء المتعددة).

ثالثاً: المرضى المصابون بأمراض عصبية شديدة أدت إلى عجزهم التام عقلياً على نحو لا أمل طبياً في تحسنهم. ومثال ذلك الشيخ الهرم المصاب بالخرف الشديد على نحو لا يعرف فيه من حوله، ولا يقدر على أداء حاجاته، ولا يتحكم بالبول والغائط.

رابعاً: المرضى المصابون بالحالات النباتية المستمرة، ويُقصد بذلك إصابة



قشرة المخ إصابة بالغة دائمة مع بقاء بعض وظائف جذع الدماغ سليمة. فمثل هذا المريض في حالة غياب تام عن الوعي والإدراك إلا أنه يتنفس ويهضم الطعام ويفتح عينيه ويغلقهما، ولذلك فإنه يعيش حياة أقرب إلى حياة النبات منها إلى حياة الإنسان. وتشاهد مثل هذه الحالات في بعض ضحايا الحوادث.

ولا يدخل في مفهوم الحالات غير القابلة للشفاء حالات الموت الدماغي. ويعرف الموت الدماغي بأنه تعطل جميع وظائف الدماغ تعطلاً نهائياً لا رجعة فيه.[1]

رابعًا: الإنعاش القلبي الرئوي (CPR):

هو إجراء إسعافي يهدف إلى إيصال الدورة الدموية إلى الدماغ، بينما يتم استعادة الدورة الدموية بشكل تلقائي، إن أمكن ذلك، عند شخص توقف قلبه عن الخفقان. وهذا هو الإنعاش القلبي الرئوي الأساسي (Basic CPR) ويشمل: الضغط على الصدر، وإعطاء التنفس عن طريق الفم (من الفم الى الفم) أو أستخدام مضخة التنفس اليدوية (Ambo bag)، والتي يمكن توصيلها بأنبوب الأكسجين في حالة وجوده.

أما الإنعاش القلبي الرئوي المتقدم، والذي يقدم في المستشفيات غالبًا، وفي

---

(١) العرابي، ياسين. مؤتمر أخلاقيات الطب الإسلامية. جدة.

بعض سيارات الإسعاف المجهزة لذلك الغرض؛ فيشمل إضافة الى الإنعاش الأساسي جملة من الإجراءات التي تتطلب وجود أجهزه خاصة، وهي:

١ - جهاز التنفس الصناعي (المنفسة).

٢- جهاز مزيل الرجفان بالصدمة الكهربائية (Defibrillator).

٣- جهاز منظم ضربات القلب (Pacemaker).

٤ - أدوية متقدمة تستخدم لتنيشط القلب، ورفع ضغط الدم.

وهكذا يتضح لنا أن الذي يحتاج إلى الإنعاش القلبي الرئوي هو المريض الذي توقف قلبه، فلم يعد ينبض تلقائياً كما كان، مما يؤدي إلى توقف سريان الدم في أجزاء جسمه، ومنها القلب والدماغ، كما قد يتوقف التنفس لديه فلا يتنفس تلقائياً مما يحرم جسمه الأوكسجين وهي المادة الحيوية لإبقائه حياً.

وإذا انقطعت الدورة الدموية بشكل كامل عن الدماغ (من٤ -٦) دقائق؛ فإنه يؤدي إلى تلف خلايا المخ، وقد يؤدي إلى الوفاة الدماغية الكاملة أو أجزاء من الدماغ. [١]

فالغرض من الإنعاش هو إيصال الدم محملًا بالأكسجين إلى الأجزاء الحيوية من الجسم، وفي مقدمتها الدماغ، ريثما تعود الدورة الدموية إلى تلقائيتها.

(1) American Heart Association. www.heart.org.

حقائق حول الإنعاش القلبي الرئوي

من المهم معرفة بعض الحقائق المتعلقة بالإنعاش القلبي الرئوي وحالاته.

وأول هذه المعلومات أن نسبة نجاحه في المعدل لم تتعد ١٧٪، هذا في داخل المستشفيات، وتنتهي بخروج المريض من المستشفى سليماً معافى. وأما نسبة نجاحه على المدى القصير، وعودة نبض القلب فقد وصلت ٤٤٪.[1]

العوامل التي تؤثر في نجاح الإنعاش القلبي الرئوي؛ فهي كالآتي:

١- إذا كان توقف القلب بسبب أمراض شرايين القلب التاجية (CAD)، أو بسبب جرعة زائدة من أدوية وعقاقير، أو بسبب آثارها السيئة، وكذلك وجود المريض في العناية المركزة.

٢- الإصابة بالسرطان سواء كان منتشراً أو غير منتشر والإصابة بالإنتانات (الإخماج) حال توقف القلب، والخرف، والإصابة بفشل كلوي حاد، وبقاء المريض ملازماً للسرير. أما العمر أو الجنس، فليس لهما أي ارتباط بنتائج الإنعاش القلبي الرئوي.

وفي مراجعة للدراسات التي نُشرت خلال ثلاثين سنة، وجد الباحثون أن

---

(1) Peberdy MA, Kaye W, Ornato JP, et al. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: a report of 14720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation*. 2003;58(3):297-308. doi:10.1016/s0300-9572(03)00215-6.
Reisfield GM, Wallace SK, Munsell MF, Webb FJ, Alvarez ER, Wilson GR. Survival in cancer patients undergoing in-hospital cardiopulmonary resuscitation: a meta-analysis. Resuscitation. 2006 Nov;71(2):152-60. doi: 10.1016/j.resuscitation.2006.02.022. Epub 2006 Sep 20. PMID: 16987581.

نسب نجاح الإنعاش لم تتغير خلال هذه المدة، لكن الإنعاش ينقذ حياة الأفراد مع أنه غير مناسب للحالات المزمنة المنهكة، وأن نسب النجاح تقل كلما زادت فترة الإنعاش لمدة ثلاثين دقيقة أو أكثر، والعكس صحيح.

كما أن الإصابة بمضاعفات الإنعاش قد حدثت بنسب متفاوته، فمثلاً حدث كسر الأضلاع بنسبة (٣٢٪) وإصابات الدماغ الشديدة المستمرة بنسبة (١,٦٪)، ومما لوحظ في هذه الدراسة أن نسبة نجاح الإنعاش نقصت من (١٦,٢٪) لدى المرضى دون سن السبعين إلى (١٢,٤) لدى من هم فوق السبعين. [(١)]

وفي مقال علمي نشر حديثًا، وجد أن نسبة نجاح الإنعاش خارج المستشفى لا تتعدى (٦,٤ ٪)، مقارنة بإجرائه في المستشفى، حيث ترتفع النسبة إلى (١٧,٦ ٪). [(٢)] ورصد في دراسة أخرى نسبة أعلى (٣٢,٢٪) لنجاح الإنعاش، وخروج المريض من المستشفى. [(٣)]

أما بالنسبة لمرضى السرطان، فقد وجد في دراسة منهجية أن نسبة النجاح كانت (٦,٢٪)، وتقل هذه النسبة إذا كان السرطان منتشرًا في اجزاء اخرى من الجسم. [(٤)]

---

(1) Schendeider AP,Nelson DJ,and Brown DD.In-hospital cardiopulmonary resuscitation: A 30-year review. J Am Board Fam Pract 19913;6:91-101.

(2) Cooper JA,Cooper JD,and Cooper JM.Cardiopulmonary resuscitation:history,current practice,and future direction.Circulation 2006;114:2839-2849.

(3) Zoch TW, Desbiens NA, DeStefano F, Stueland DT, Layde PM. Short- and Long-term Survival After Cardiopulmonary Resuscitation. *Arch Intern Med.* 2000;160(13):1969–1973. doi:10.1001/archinte.160.13.1969.

(4) Ontario Health Technology Assessment Series: Vol.14:No .15 ,pp. 1-38, December 2014.

وفي مراجعة منهجية للدراسات حول نسب فائدة الإنعاش القلبي الرئوي مقارنة بين مرضى السرطان وغيرهم، وجد أن واحدًا من عشرة (١٠٪) من مرضى السرطان يمكن ان يؤدي الانعاش القلبي الرئوي الى خروجهم من المستشفى أحياء. أما الذين كانوا في العناية المركزة فلم تتجاوز النسبة (٢.٪). [1]

وعطفاً على ما سبق، يأتي سؤال مهم وهو: ما الغاية من إجراء الإنعاش؟ هل هو إعادة الدورة الدموية إلى تلقائيتها أم أن الغاية هو أن نبقي الدورة الدموية تصل للأعضاء الحيوية في الإنسان بما يسمح بعلاج المرض الأصلي الذي يعاني منه، وجميع الأسباب المؤدية إلى توقف القلب؟

والواضح أنه يجب أن نأخذ الحالة بجميع معطياتها السريرية، وليس التركيز على الإنعاش بحد ذاته فحسب، [2] مما يعني ضرورة تقدير حالات الإنعاش وحالات الأمراض الأخرى التي يعاني منها المريض، كما يجب تقدير المنظور الشفائي للمرض الأصلي على المدى القريب والبعيد، وكذلك حالات الإنعاش على المدى القريب والبعيد. [3]

والمعروف أن الإنعاش القلبي الرئوي تكون فائدته أكبر في حال التوقف

---

(1) Ontario Health Technology Assessment Series; Vol. 14: No. 15, pp. 1–38, December 2014.

(2) **Clark JD, and** Dudzinski **DM.** The Culture of Dysthanasia: Attempting CPR in Terminally Ill Children. Pediatrics 2013; 131 (3) 572-580.

(3) *Bishop JP, Brothers KB,Perry JE,AND Ahmad A.Reviving the conversatation around CPR/DNR.THE American j of Bioethics 2010;10:61-67.*

المفاجئ للتنفس أو القلب مع وجود سبب يمكن معالجته كقصور أو جلطة الشريان التاجي. بينما تقل فائدته، أو تنعدم إذا كان توقف القلب أو التنفس هو نتيجة تداعيات ومضاعفات مرض أصاب عضوًا أو أعضاء حيوية أخرى.

خامسًا: قرارعدم الإنعاش (Do Not Resuscitate (DNR

بعد أن تبين لنا المقصود بالإنعاش القلبي الرئوي، ومتى يحتاج إليه، ومآلاته، يجدر بنا أن نتحدث عن الأمر بعدم الإنعاش.

المقصود المباشر لقرارعدم الإنعاش **DNR** ، هو: عدم البدء في إجراءات الإنعاش القلبي الرئوي، عند توقف القلب في الحالات التي تتطلب مثل هذا الأمر. ويعني ذلك عدم إجراء الضغط على الصدر، واستخدام أنبوب التنفس، وغيرها من إجراءات الإنعاش، ولا يعني على الإطلاق إيقاف الإجراءات الأخرى التي تتطلبها حالة المريض، قبل حدوث توقف القلب. وهنا يجب الاستمرار في القيام بكل الإجراءات الطبية الأخرى المناسبة لحالة المريض قبل توقف القلب، مثل إعطائه الأدوية المناسبة، وإجراء التحاليل المخبرية والأشعة وغيرها، وعلاج الأمراض الطارئة كالإلتهابات والإنتانات (الإخماج) (Infections)، والعمليات الجراحية الطارئة أو الضرورية لحالة المريض، كل هذه يمكن إجراؤها كونها مناسبة لحالة المريض ماعدا هذا الإنعاش القلبي الرئوي.(١)

(1) Breault, Joseph L. “DNR, DNAR, or AND? Is Language Important?.” *The Ochsner journal* vol. 11,4 (2011): 302-6.

ويمكن إيقاف هذا الأمر أو تعليقه، مثلاً لإجراء عملية جراحية تتطلبها حالة المريض، ومن ثم إعادتها بعد زوال أثر التخديرعن المريض. ولا يدخل في الأمر بعدم الإنعاش إجراءات أخرى، مثل تغذية المريض ورعايته الرعايه الطبية والتمريضية المطلوبة.

وهناك مصطلح آخر يفضله بعض الباحثين وهو عدم محاولة الإنعاش (Don’t attempt resuscitation)، وهو لا يختلف عنه، إلا في إضافة كلمة محاولة، وهو الفرق بين عبارة "لا تنعش" وعبارة: "لا تحاول الإنعاش "

وفي النتيجة معناهما واحد، إلا أن عدم المحاولة توحي بعدم الجدوى، فلماذا نحاول القيام بإجراء نعلم سلفاً أنه غير مجدٍ. وقد وجد في دراسة حديثة أن استخدام هذا المصطلح، زاد من نسبة تنفيذ أوامر عدم الإنعاش. (1)

التصوير الواقعي لقرارعدم الإنعاش DNR

يحصل الخلط في كثير من الأحيان عند الحديث عن قضايا نهاية الحياة بين الأمور الآتيه وهي:

١/ موت الدماغ.

٢/ الأمر بعدم الإنعاش(DNRorder)، أورفع أجهزةالإنعاش (Withdrawal of lifesupport).

Hiraoka E, Homma Y, Norisue Y, et al. What is the true definition of a "Do-Not-Resuscitate" order? A Japanese perspective. *Int J Gen Med*. 2016;9:213-220. Published 2016 Jun 29. doi:10.2147/IJGM.S105302.

(1)Fan, SY., Wang, YW. & Lin, IM. Allow natural death versus do-not-resuscitate: titles, information contents, outcomes, and the considerations related to do-not-resuscitate decision. *BMC Palliat Care* **17,** 114 (2018). https://doi.org/10.1186/s12904-018-0367-4 .

٣/ الحالة النباتية (Persistent vegitative state).

٤/ القتل الرحيم أو القتل بدافع الشفقة (Ethunasia).

وسبب الخلط هو التداخل بين هذه الحالات، وقصور فهم واقع كل حالة ومنها.

فموت الدماغ الذي يعرف بعلاماته، وحقيقته موت جذع الدماغ، وبالرغم من صلته برفع أجهزة الإنعاش، إلا أنها ليست من حالات الأمر بعدم الإنعاش، إلا إذا حدث، وأن مريضاً وضع تحت الأمر بعدم الإنعاش، ثم حصل له مضاعفات من ضمنها موت الدماغ.

أما الحالة النباتية؛ فالذي يحدث أن يصاب الجزء الأعلى من الدماغ إصابة بالغة بحيث تحلل قشرة الدماغ، ويؤدي ذلك إلى غيبوبة طويله، لكن جذع الدماغ في حالة سليمة، ويصبح المريض غير مدرك لما حوله، ولا يتفاعل مع ما حوله، وقد يستمر هذا الوضع أشهرًا أو سنوات طويلة [(١)]، فلا يدخل ضمن دائرة الأمر بعدم الإنعاش إلا في حالات محدودة معينة.

وأما القتل الرحيم (القتل بدافع الشفقة) فالمقصود به أن يقدم الطبيب على إعطاء المريض عقاراً يعلم أنه سيؤدي إلى وفاته (القتل الرحيم الإيجابي أو بالفعل)، أو يمنعه مما فيه بقاء حياته قاصداً (القتل الرحيم السلبي أو عدم الفعل)

---

(1) Bender A, Jox RJ, Grill E, Straube A, Lulé D. Persistent vegetative state and minimally conscious state: a systematic review and meta-analysis of diagnostic procedures. *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112(14):235-242. doi:10.3238/arztebl.2015.0235.

مع ملاحظة أنه لا يوجد في هذه الحالة توقف للقلب مثلما هو الواقع في حالات عدم الإنعاش، وهو محرم قطعاً بنوعيه، ولذا سيتركز الحديث في هذا الفصل عن الأمر بعدم الإنعاش فحسب، دون الدخول في تفصيلات الموضوعات الأخرى إلا عند الحاجة.

ونحن هنا أمام حالة مريض استفحل فيه المرض؛ إما لكون هذا المرض بطبيعته غير قابل للشفاء ومن النوع الذي يستفحل بسرعة، كبعض أنواع السرطانات الشديدة الاستفحال، أو عند انتشار السرطان في أجزاء حيوية من الجسم لا يمكن بحال استرجاعها إلى وضعها السليم، وإما لوجود مرض يؤثر في القلب والرئتين والأعضاء الحيوية الأخرى، ولايمكن استرجاع وظائفها وعودتها إلى وضعها السليم.

فمثل هذه الحالات توضع تحت الأمر بعدم الإنعاش، بحيث لا توضع أجهزه الإنعاش في هذه الحالات لغلبة الظن بعدم جدواها، وقلة فرص نجاحها، وربما ضررها على المريض أيضًا.

ما المعيار الذي على أساسه يحدد قرار عدم الإنعاش؟

إذا كان المعيار الذي على أساسه يحدد الأمر بعدم الإنعاش هو عودة القلب إلى نبضه، والدورة الدموية إلى وضعها بفعل الأجهزة فحسب، فإن هذا المعيار وحده لا يكفي لاتخاذ القرار، بل يجب أن يتخذ القرار بناء على مدى إمكانية

عودة المريض إلى وضع طبيعي يسمح له بمغادرة المستشفى، مستغنيًا عن هذه الأجهزة، وإذا لم تتحقق هذه الغاية أو غلب على الظن أنها لن تتحقق، فإنه قد يسوغ إصدار هذا الأمر لأنه لا فائدة من الإنعاش في هذه الحالة،أو أن فائدته محدودة جداً، أو ربما أحدث ضرراً للمريض، كما يحدث في حالات معينة أن تكسر الأضلاع وتنفذ إلى الأحشاء، وقد يحدث النزف البالغ الذي لا يمكن السيطرة عليه،آخذين في الاعتبار المرض أو الأمراض الأصلية التي أصيب بها هذا المريض . ولا يدخل في هذا الباب الحالات التي لا يتحقق فيها أوصاف المرض المستفحل الذي لا يرجى برؤه.

وهناك معيار مهم آخر، وهو مدى قدرة الإنسان أن يبقى حيًا معتمدًا على وظائف أعضائه دون الحاجة إلى مساعدة أدوية أو أجهزة دعم الوظائف الحيوية كالأدوية الرافعة للضغط أوالمنفسة وجهاز غسيل الكلى. وكلما زادت الحاجة لأكثر من تدخل كالحاجة لجهاز الغسيل والمنفسة صعب الأمر، وقلت جدوى هذه التدخلات.

ويتضح هنا أنه لا يدخل في هذا الاعتبار من كان صحيحاً وتعرض لحادث عارض أدى إلى توقف قلبه، فهذا يجب إنعاشه لأنه لا يوجد سبب للأمر بعدم الإنعاش، إذ لا يوجد مرض أصلي مستعصٍ على العلاج.

ومن المفيد تحديد الغرض من العلاج في كل مرحلة. فإذا كان الغرض متوجهًا نحو إبراء الداء فيجب بذل كل ما يمكن لتحقيق هذا الغرض. وإذا لم



يكن ذلك ممكنًا أو متعذرًا لأسباب عملية ومنطقية، فإن على الفريق الطبي العمل على منع حدوث المضاعفات، وإذا تعذر ذلك، فعليهم أن يبذلوا كل جهد لتخفيف الأعراض التي يعاني منها المريض، كالألم وارتفاع درجة الحرارة والتقيؤ، وغيرها من الأعراض، وقد يشمل ذلك العناية التلطيفية (Palliative care). فهذا التدرج في تحديد الغرض من العلاج لشفاء المرض (مثل التعافي من حادث السير)، أو السيطرة على المرض (مثل معالجة الداء السكري بالأنسولين) إلى العلاج التلطيفي، بحيث يحول دون التدخلات عديمة الفائدة، أو قليلة الجدوى (مثل حالة السرطان المنتشر المتقدمة)، ويكون التركيز على إجراء التدخلات المفيدة.

سادسا: عدم جدوى التدخل الطبي

هنا سؤال يطرح: هل هناك حالات يكون فيها التدخل الطبي غير مجد، أو يكون ضرره أكثر من نفعه؟

والإجابة المنطقية الواقعية على هذا السؤال هو "نعم"، فهناك حالات وأوضاع يكون فيها التدخل الطبي غير ذي جدوى، أو يكون مضراً بالمريض أكثر مما هو نافع له.

ومن هذه الحالات على سبيل المثال: مريض يحتاج الى تدخل جراحي، لكن حالته الصحية تجعله غير مناسب للتخدير العام، أو أنه يعرضه لمخاطر كبيرة، فهنا يعرض الجراح عن الإجراء الجراحي، حتى لا تحدث مضاعفات هي أشد من

المرض الأصلي، أو أن تكون هناك مخاطرة بموت المريض عند القيام بالإجراء الجراحي. وكذا الحال عندما يكون ضرر العلاج الكيمائي أكثر من نفعه (وذلك في حالات محددة وقد تكون استثنائية).

والأصل أن على الطبيب أن لا يقوم بأي إجراء يغلب على ظنه أنه ضار بالمريض، أو أنه سيؤدي إلى مضاعفات خطيرة انطلاقاً من القاعدة الشرعيه المعروفة: «**لاضرر ولاضرار**». [١] وليس لأحد أن يوجب على الطبيب أن يقوم بالإجراء الطبي، بل قد يكون محلًا للمساءلة في هذه الحالة.

لكن المشكلة أن مفهوم عدم جدوى العلاج مفهوم غير محدد على وجه الدقة.

وهناك من حاول تعريفه بأنه: "محاولة لتحقيق نتيجة ممكنة، ولكن المنطق أو التجربة توحي بأن تحققهاغير محتمل للغاية، ولا يمكن أن يكون ذلك بشكل منهجي". [٢] وهذا التعريف يظل غير واضح، وقابلًا للتفسيرات المختلفة، ورغم المحاولات الكثيرة لوضع مفهوم مستقر لتعريف عدم الجدوى فقد ووجه بكثير من النقد والاستدراك، وأثار الكثير من الأسئلة، ولم يسلم من النقد. [٣]

---

(١) حديث نبوي، سبق تخريجه.

(2) Schneiderman LJ. Defining Medical Futility and Improving Medical Care. *J Bioeth Inq*. 2011;8(2):123-131. doi:10.1007/s11673-011-9293-3

(3) Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: response to critiques. *Ann Intern Med*. 1996;125(8):669-674. doi:10.7326/0003-4819-125-8-199610150-00007.

Swetz KM, Burkle CM, Berge KH, Lanier WL. Ten common questions (and their answers) on medical futility. *Mayo Clin Proc*. 2014;89(7):943-959. doi:10.1016/j.mayocp.2014.02.005.

ويزداد الأمر تعقيدًا وصعوبة عند نهاية الحياة، والأمر بعدم الإنعاش، فالمسألة نسبية وتقديرية، كما أن أحوال المرضى، خاصة في الحالات الحرجة، تتغير سريعًا وعلى مدار الساعة، وأحياناً خلال دقائق أو ثوان تحدث تغيرات، قد تؤثر في القرارات المتعلقة بجدوى التدخل الطبي.

وقد قسم بعض الباحثين عدم الجدوى إلى أربعة أقسام من عدة نواح، وهي:

١- الناحية الفسيولوجية: والمقصود فيها أن يكون التدخل غير مؤثر وفعال فيما يقصد من تغيير فسيولوجي، ومن أمثلتها الإنعاش القلبي الرئوي عندما لايؤدي إلى إعادة نبض القلب.

٢- الناحية الكمية: والمقصود بها درجة احتمالية إحداث أثر مفيد ينعكس على صحة المريض إجمالًا، ويعيده إلى حياة فيها وعي أكثر واعتماد أقل على الأجهزة، ومثال ذلك عندما تكون الوفاة وشيكة الحدوث، ويدرك الطبيب أن المريض ميت قريبًا لا محالة.

٣- عدم الجدوى النوعية: حيث تكون نوعية الحياة وجودتها بعد التدخل متدنية. ومن أمثلتها الإنعاش لشخص لديه مايعرف بالحياة النباتية، فنوعية الحياة مع وجودها متدنية في هذه الحالة. وكذلك الحال إذا قرر الأطباء أن إعطاء العلاج الكيماوي لمريض السرطان غير مجد في حالته،

بل قد يضره. وهذه محل إشكال كبير، لأنها عرضة للاجتهادات، ويصعب تعريفها على وجه الدقة.(١)

وهذا قد يغلب جانبه بعض الأطباء كما وجد في بعض الدراسات،(٢) وقد نختلف معهم عند التفصيل.

وبالرغم من هذه الصعوبات، فاتخاذ القرار رغم صعوبته ليس مستحيلًا، إذ لابد في مرحلة من المراحل من اتخاذ قرار بشأن الاستمرار في العلاجات أو التوقف عنها.

فالتدخل يمكن أن يتوقف بناء على الأمور الآتية:

١. أن الفريق الطبي من خلال معرفته بحالة المريض ووضعه الصحي؛ يدرك أن التدخل لن يكون مفيدًا، بل قد يكون ضارًا.

٢. أن يتوصل إلى هذا الاستنتاج ليس بمجرد الرغبة أو اليأس أو إيثارًا للراحة، وإنما بناء على رأي علمي موثوق محايد وذي مصداقية.

---

(1) Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med*. 1990;112(12):949-954. doi:10.7326/0003-4819-112-12-949.

Rubulotta F, Rubulotta G. Cardiopulmonary resuscitation and ethics. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013;25(4):265-269. doi:10.5935/0103-507X.20130046.

Moratti S. The development of "medical futility": towards a procedural approach based on the role of the medical profession. *J Med Ethics*. 2009;35(6):369-372. doi:10.1136/jme.2008.027755.

(2) White, B., Willmott, L., Close, E., Shepherd, N., Gallois, C., Parker, M. H., Winch, S., Graves, N., & Callaway, L. K. (2016). What does “futility” mean? An empirical study of doctors’ perceptions. *The Medical Journal of Australia, 204*(8), 318.e1–318.e5.

٣. علينا أن نفرق بين حق المريض في رفض الإجراءات الطبية، وبين حقه في طلبها، فالأول مكفول، والثاني قابل للأخذ والرد. (١)

فليس كل ما يمكن أو يطلب تقديمه من أنواع العلاجات يجب تقديمه.

وهناك حالات لا يحسن فيها إجراء الإنعاش، ومنها: عندما تكون وفاة المريض وشيكة جدًا وظاهرة العلامات والدلائل ولا رجعة فيها، أو عندما يعرضه الإنعاش لخطر مميت كانتقال العدوى، أو وجود وصية نافذة منه بعدم الإنعاش، (على الأقل عند من يرى ضرورة نفاذ هذه الوصية).(٢) ومما هو محل للإشكال تأخير اتخاذ القرار بشأن عدم جدوى العلاج، وتعريض المريض لكثير من الإجراءات التي لا طائل من ورائها، بل ربما كان سببًا لأضرار يمكن تلافيها.

ومن هنا نرى أنه لابد من تقويم حالة المريض من جميع النواحي، وتقدير مدى جدوى التدخلات العلاجية بما تطمئن إليه النفس قبل اتخاذ القرار.

وبالرغم من أن بعض الدراسات بينت أن الأطباء قد لا يجيدون التنبؤ بمآلات الأمراض، ومع وجود شكوك حول قدرة الأطباء على تقدير مآلات أحوال المرضى فيما يتعلق بحدوث الوفاة، (٣) إلا أن هناك دراسات أخرى بينت أن

---

(1) Moratti S. The development of "medical futility": towards a procedural approach based on the role of the medical profession. *J Med Ethics*. 2009;35(6):369-372. doi:10.1136/jme.2008.027755.

(2) American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.PART 2: Ethical Aspects of CPR and ECC.Circulation. 2015;132:S313–S314,https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000307

(3) Gwilliam B, Keeley V, Todd C, et al. Prognosticating in patients with advanced cancer--observational study comparing the accuracy of clinicians' and patients' estimates of survival. *Ann Oncol*. 2013;24(2):482-488. doi:10.1093/annonc/mds341.

أصحاب الاختصاص والخبرة يستطيعون ذلك بقدر جيد يوثق به. [١]

وقد يكون من المفيدالإفادة من بعض النماذج العملية التي يمكن تطبيقها في هذه الحالات، ومنها النموذج الذي اقترحه بعض الباحثين، وهو نموذج مبني على ما يفضله المريض من تدخلات، ومدى تقويمه لأثرها فيه، وما الغرض النهائي من هذه التدخلات، ليبقى دور الطبيب أن يقدر مدى فرص نجاح هذه التدخلات وخطورتها، وأعبائها على المريض، وما إذا كانت ستحقق الغرض منها. وبهذا يمكن حفظ حرية المريض في اتخاذ القرار، وتحقيق مصلحته ودفع الضرر عنه، وحرية الطبيب في قراره أيضًا دون ضغوط من أي نوع. [٢]

وهناك من وضع معيارًا آخر للامتناع عن علاج المريض عند نهاية الحياة، فإذا غلب على الظن أن المريض لن يعود إلى حال يكون معها قادرًا على أداء التكاليف الشرعية (أي يسقط عنه التكليف) فإنه يسوغ عندئذ التوقف عن علاجه. وهذا المعيار يحتاج إلى مزيد من التجلية والنقاش. [٣]

---

(1) Berge KH, Maiers DR, Schreiner DP, et al. Resource utilization and outcome in gravely ill intensive care unit patients with predicted in-hospital mortality rates of 95% or higher by APACHE III scores: the relationship with physician and family expectations. *Mayo Clin Proc*. 2005;80(2):166-173. doi:10.4065/80.2.166.

Chu, C., Anderson, R., White, N. *et al.* Prognosticating for Adult Patients With Advanced Incurable Cancer: a Needed Oncologist Skill. *Curr. Treat. Options in Oncol.* **21,** 5 (2020). https://doi.org/10.1007/s11864-019-0698-2.

Glare P, Virik K, Jones M, et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ*. 2003;327(7408):195-198. doi: 10.1136/bmj.327.7408.195.

(2) Jox RJ, Schaider A, Marckmann G, Borasio GD. Medical futility at the end of life: the perspectives of intensive care and palliative care clinicians. *J Med Ethics.* 2012;38(9):540-545. doi:10.1136/medethics-2011-100479

(3) Padel Aa,& Mohiuddin A.Ethical obligations and clinical goals in end-o-life care;Deriving a quality of-of-life construct based on Islamic concept of accountability before God(Taklif).The American Journal of Bioethics,2015;15;3-13.

سابعًا: حالات المرضى مع أجهزة الإنعاش

يمكن تلخيص حالات المرضى مع أجهزة الانعاش في الحالات الآتية:

الحالة الأولى: عند عودة أجهزة المريض من التنفس وانتظام ضربات القلب وعودتها للعمل تلقائياً. فيتحتم رفع أجهزة الإنعاش دون شك.

الحالة الثانية: توقف القلب والتنفس تمامًا وعدم استجابته لأجهزة بصورة نهائية وقطعية (الموت الجسدي الطبيعي).. وتكون الوفاة قد تحققت فعلاً بكل علاماتها.. فهنا يجوز رفع هذه الأجهزة خلاف في ذلك.

الحالة الثالثة: حالة موت الدماغ. فإذا تم تشخيص موت الدماغ جاز رفع أجهزة الإنعاش عند عدد من الفقهاء المعاصرين (وسيأتي تفصيل ذلك في فصل موت الدماغ)

الحالة الرابعة: مريض بحاجة إلى أجهزة الإنعاش، وقد تأثر الجزء العلوي من الدماغ تأثراً بالغاً وميئوسًا من علاجه، لكن جذع دماغه مازال حياً. فهذه هي الحالة النباتية، وهناك خلاف في جواز رفع الأجهزة عنه في هذه الحالات. [١]

الحالة الخامسة: مريض مصاب بأمراض لا يرجى شفاؤها، وقد تأثرت الأجهزة الحيوية في جسمه تأثراً بالغاً، ثم توقف قلبه، وقد ينعش فيستجيب للإنعاش لكنه سيبقى معتمداً على هذه الأجهزة حتى تحين وفاته، ويغلب على

---

(١) الطريقي، عبدالله بن محمد.رفع الأجهزة الطبية عن المريض.، ص ٣٥-٣٩.

الظن أنه لن يفيق من غيبوبته، ولكن قد تعود بعض أجهزة جسمه الحيوية الأخرى إلى عملها وقد لاتعود.

وقد يُقَدَّر تحت هذه الحالة وفي الحالة الرابعة الحاجة إلى استخدام هذه الأجهزة لمرضى آخرين يغلب على الظن استفادتهم منها أكثر، وهو مايعرف بموضوع التزاحم على الأجهزة، وسنناقشه فيما بعد، وهذه الصورة هي التي يتعلق بها الأمر بعدم الانعاش والتوجيه المسبق.

وبما أن كثيرًا من الأمور هي تقديرية واحتمالية، وتوجد اختلافات متعددة بين المرضى؛ فهناك طريقة يتبعها بعض المعالجين وهو إعطاء المريض الدعم الكامل لفترة معينة، كالانتظار مدة ٧٢ ساعة على الأقل، فان لم يتحسن المريض من الناحية العصبية، أو ظهرت مضاعفات مرضية فينتقل الفريق الطبي من الغرض العلاجي إلى الغرض التلطيفي.[1]

الحالة النباتية

تتميز هذه الحالة بأن المريض في حالة يقظة لكنه لا يدرك ما حوله تماما، وذلك نتيجة الاصابة في قشرة الدماغ، فقد يفتح المريض عينيه ويحركهما، كما أن

---

(1) 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2015;132:S84–S145.

Mulder M, Gibbs HG, Smith SW, et al. Awakening and withdrawal of life-sustaining treatment in cardiac arrest survivors treated with therapeutic hypothermia*. *Crit Care Med*. 2014;42(12):2493-2499. doi:10.1097/CCM.0000000000000540.

لديه إثارة حركية (motor arousal) . لكن المريض مع هذا غير مدرك لما حوله. وفي هذه الحالة يبقى جذع الدماغ سليمًا حيث ينبض القلب تلقائيًا، وكذلك التنفس، ويبقى ضغط الدم طبيعيًا، مع حاجة المريض إلى العناية التمريضية. وهناك شروط مسبقة لابد من تحققها قبل تشخيص هذه الحالة.

وقد يبقى المريض في هذا الوضع لعدة أسابيع أو سنوات، ولهذا جاء التفريق بين نوعين من الحالة النباتية، وهما:

١. الحالة النباتية المستمرة، وذلك إذا استمرت لأربعة أسابيع أو أكثر.

٢. الحالة النباتية الدائمة، وذلك إذا استمرت بحيث لا يتوقع عودة الإدراك إلى الأبد، ولا يحكم بأنها دائمة إلا بعد مرور اثني عشر شهرًا إذا كان سببها إصابة رضية (Traumatic)، وستة أشهر إذا كانت بأسباب أخرى.[١]

ثامنًا: علاج الأعراض عند نهاية الحياة

يتعرض المرضى عند نهاية الحياة لأعراض متباينة بعضها خفيف، وبعضها قد يكون شديدًا. ومن الواجب الأخلاقي في رعاية المرضى في هذه المرحلة أن يسعى الطبيب لتخفيف هذه الأعراض ما استطاع إلى ذلك سبيلًا مراعيًا في ذلك تحقيق المنفعة ودفع الضرر، والموازنة بين المنافع والأضرار. ونؤكد هنا أنه حتى

---

(1) Working Party of the Royal College of Physicians. The vegetative state: guidance on diagnosis and management. *Clin Med (Lond)*. 2003;3(3):249-254. doi:10.7861/clinmedicine.3-3-249.

وإن كان المريض تحت قرار عدم الإنعاش؛ فلا ينبغي أن يترك دون رعاية، بل إن واجب الرعاية يجب أن يستمر حتى النهاية. ونستعرض هنا أهم هذه الأعراض:

علاج الألم

يتعرض المرضى المصابون بأمراضٍ مميتة، خاصة السرطانات، إلى الآم قد تكون شديدة، وأحيانًا فظيعة يصعب على المريض تحملها. ومن هنا لا يجد الأطباء مناصا من معالجة هذه الآلام بطرق مختلفة، ومنها العقاقير والأدوية، فتخفيف آلام المرضى واجب مهني، وشرعي، وأخلاقي، وإنساني.

ويعتمد تقويم الطبيب لشدة هذه الآلام على تقويم المريض، وأحيانًا يلجأ الأطباء إلى بعض المقاييس التي تساعد في تحديد شدة الألم. وعلاج الآلام - من حيث الأصل - وتخفيف معاناة المريض ضرورة، ولا إشكال فيه من الناحية الأخلاقية، خاصة عندما تستخدم الوسائل المباحة أصلًا، والتي لا تشكل خطورة على المريض.

إلا أن استخدام عقاقير أقوى في تأثيرها من حيث تخفيف الآلام، وقد تسبب آثارًا جانبية خطيرة أو أنها تؤثر في الناحية العقلية عند المريض، وخاصة المورفين ومشتقاته، يؤدي إلى تشوش الذهن، كما أنه منوم، وهنا تثور حولها الأسئلة الأخلاقية.

ومن الضروري استخدام هذه الأدوية، بحكمة وحذر، ومن قبل مختصين مدربين لهذا الغرض، بحيث تستخدم أقل الجرعات للتحكم بالألم دون إحداث

مضاعفات ما أمكن ذلك، مع مراعاة عوامل الخطورة التي تؤدي إلى المضاعفات.[١]

وإذا أمكن التحكم بالألم بأدوية غير منومة فهو الأولى والأفضل، فالغرض الأساسي هو التحكم في الألم وليس التنويم أو الإسبات.[٢] كما يمكن اتباع منهاج تسلسلي يسهل اتخاذ القرار في هذه الحالات.[٣]

ومن القضايا الأخلاقية التي أثيرت حول الأدوية المنومة تأثيرها في الجهاز التنفسي، خاصة عند نهاية الحياة، مما جعل الأطباء يترددون في استخدامها بجرعات عالية خوفًا من تأثيرها في الجهاز التنفسي وتعجيل الوفاة، رغم الحاجة إليها. لكن الدراسات الحديثة تكاد تجمع على أن تأثيرها في الجهاز التنفسي محدود، ولا يمكن أن تعجل بوفاة المريض،[٤] بل ربما أطالت فترة الاحتضار.[٥]

---

(1) Jungquist C R., Quinlan-Colwell A , Vallerand A, et al. ASPMN Guidelines American Society for Pain Management Nursing Guidelines on Monitoring for Opioid-Induced Advancing Sedation and Respiratory Depression: Revisions. Pain Management Nursing 2020; 21: 7-25

(2) Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al. Executive Summary: Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med*. 2018;46(9):1532-1548. doi:10.1097/CCM.0000000000003259

Durán-Crane A, Laserna A, López-Olivo MA, et al. Clinical Practice Guidelines and Consensus Statements About Pain Management in Critically Ill End-of-Life Patients: A Systematic Review. *Crit Care Med*. 2019;47(11):1619-1626. doi:10.1097/CCM.0000000000003975

(3) Ibid

(4) Verberkt CA, van den Beuken-van Everdingen MHJ, Schols JMGA, et al. Respiratory adverse effects of opioids for breathlessness: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*. 2017;50(5):1701153. Published 2017 Nov 22. doi:10.1183/13993003.01153-2017

(5) Bakker J, Jansen TC, Lima A, Kompanje EJ. Why opioids and sedatives may prolong life rather than hasten death after ventilator withdrawal in critically ill patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2008;25(2):152-154. doi:10.1177/1049909108315511



صعوبة التنفس

وهي من الأعراض المزعجة جدًا للمريض، وللفريق الطبي المعالج وتحتاج إلى البحث عن سببها أولًا، ومن ثم معالجتها. ومن الأدوية المهمة في علاجها وتخفيفها مشتقات الأفيون كالمورفين، والذي إن استخدم بطريقة ملائمة وحذرة لا يؤثر في الجهاز التنفسي تأثيرًا سلبيًا كما كان سائدًا في الماضي.[(١)]

الهذيان (Delirium)

قد يكون الأنسب التحكم فيه بالطرق غير الدوائية بدلًا من استخدام الأدوية التي تسبب مضاعفات، ومن ذلك تقليل الإسبات (التنويم)، وتقليل الإزعاج، وخفض الأضواء وغير ذلك ما يعيد للمريض شيئًا من الإدراك والتأقلم.[(٢)] لكنه من المهم جدًا علاج هذه الحالة باستخدام الأدوية، خاصة عندما يشكل المريض ضررا على نفسه أو على الآخرين.

الهياج (Agitation)

يفضل في هذه الحالة تحديد حركة المريض والحد من حريته قبل اللجوء إلى

---

(1) Kamal AH, Maguire JM, Wheeler JL, Currow DC, Abernethy AP. Dyspnea review for the palliative care professional: treatment goals and therapeutic options. *J Palliat Med*. 2012;15(1):106-114. doi:10.1089/jpm.2011.0110 & Jennings AL, Davies AN, Higgins JP, Gibbs JS, Broadley KE. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. *Thorax*. 2002;57(11):939-944. doi:10.1136/thorax.57.11.939 & Gallagher R. Killing the symptom without killing the patient. *Can Fam Physician*. 2010;56(6):544-e212.

(2) Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al. Executive Summary: Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med*. 2018;46(9):1532-1548. doi:10.1097/CCM.0000000000003259

الأدوية، وهنا يفضل استخدام التنويم الخفيف، وليس العميق، حتى لا نعرضه لمزيد من المضاعفات. [1]

تاسعا: فتاوى حول الإنعاش

وردت فتاوى كثيرة حول الإنعاش شكلت ركيزة أساسية للمرجعية الشرعية لإباحة الأمر بعدم الإنعاش، نذكر هنا أبرزها والبقية نفردها في ملحق.

ومن أبرز هذه الفتاوى، فتوى اللجنة الدائمة للإفتاء بالمملكة العربية السعودية، وهي:

حكم الإنعاش في حالة وفاة المريض أو عدم صلاحيته للإنعاش أو أنه غير قابل للعلاج

س: ورد إلينا شرح ضابط التوعية الإسلامية بمستشفى القوات المسلحة بالشمالية الغربية، بتاريخ ١٣ / ٣ / ١٤٠٩ هـ، المبني على خطاب نائب رئيس الأطباء بمستشفى القوات المسلحة بالشمالية الغربية، المؤرخ في ١٢ / ٣ / ١٤٠٩هـ والذي يطلب فيه فتوى حول عدم تنفيذ إجراءات الإنعاش في النقاط والأحوال التي ورد ذكرها في دليل سياسة العمل والإجراءات المرفقة، نأمل من فضيلتكم التكرم باتخاذ ما ترونه لإصدار فتوى بجواز هذه النقاط من عدمها، وإشعارنا ليتم على ضوء ذلك العمل بموجبه في مستشفى القوات المسلحة

---

(1) Ibid

بالمنطقة الشمالية الغربية . هذا؛ والله يحفظكم، والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

هذا؛ والحالات التي وردت في دليل سياسة العمل والإجراءات هي التالية:

أولًا: إذا وصل المريض متوفى.

ثانيًا: إذا كان ملف المريض مختوما بعلامة عدم عمل إجراءات الإنعاش بناء على رفض المريض أو وكيله في حال عدم صلاحية المريض للإنعاش.

ثالثًا: إذا قرر ثلاثة أطباء: أن من غير المناسب إنعاش المريض عندما يكون من الواضح أنه يعاني من مرض مستعصٍ غير قابل للعلاج، وأن الموت محقق.

رابعًا: إذا كان المريض في حالة عجز أكيد عقليًا أو جسميًا أو كليهما، وفي حالة خمول ذهني مع مرض مزمن مثل السكتة الدماغية المسببة للعجز أو مرض السرطان في مرحلة متقدمة أو مرض القلب والرئتين المزمن الشديد أو أمراض الهزال وتكرار توقف القلب والرئتين.

خامسًا: إذا وجد لدى المريض دليل على الإصابة بتلف في الدماغ مستعصٍ على العلاج عقب تعرضه لتوقف القلب والرئتين لأول مرة.

سادسًا: إذا كان إنعاش القلب والرئتين غير مجد وغير ملائم لوضع معين

حسب رأي الأطباء الحاضرين، فإن رأي المريض الذاتي لا يهم، والأطباء غير ملزمين بإجراء إنعاش القلب والرئتين، ولا يحق لذوي المريض طلب هذا النوع من العلاج إذا كان غير مجدٍ.

ج: وبعد دراسة اللجنة للاستفتاء أجابت بما يلي:

أولًا: إذا وصل المريض وهو متوفى فلا حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش.

ثانيًا: إذا كانت حالة المريض غير صالحة للإنعاش بتقرير ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات – فلا حاجة أيضا لاستعمال جهاز الإنعاش.

ثالثًا: إذا كان مرض المريض مستعصيًا غير قابل للعلاج، وأن الموت محقق بشهادة ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات – فلا حاجة أيضا لاستعمال جهاز الإنعاش.

رابعًا: إذا كان المريض في حالة عجز، أو في حالة خمول ذهني مع مرض مزمن، أو مرض السرطان في مرحلة متقدمة، أو مرض القلب والرئتين المزمن، مع تكرار توقف القلب والرئتين، وقرر ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات ذلك – فلا حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش.

خامسًا :إذا وجد لدى المريض دليل على الإصابة بتلف في الدماغ مستعصٍ على العلاج بتقرير ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات – فلا حاجة أيضًا لاستعمال جهاز الإنعاش، لعدم الفائدة في ذلك.

سادسًا: إذا كان إنعاش القلب والرئتين غير مجد، وغير ملائـم لوضع معين حسب رأي ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات - فلا حاجـة لاسـتعمال آلات الإنعـاش، ولا يلتفـت إلى رأي أولياء المريض في وضع آلات الإنعاش أو رفعها، لكون ذلك ليس من اختصاصهم.

وبالله التوفيق، وصلى الله على نبينا محمد وآله وصحبه وسلم.

اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء

الرئيس	نائب رئيس اللجنة
عبد العزيز بن عبد الله بن باز	**عبد الرزاق عفيفي**

فتوى مجمع الفقه الإسلامي التابع لرابطة العالم الإسلامي:

القرار الرابع: بشأن موضوع حكم إيقاف العلاج عن المريض الميؤوس من برئه.

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله وحده، والصلاة والسلام على من لا نبي بعده، نبينا محمد، وعلى آله وصحبه، أما بعد:

فإن المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في دورته الثانية والعشـرين المنعقدة بمـكة المكرمة، في المـدة من ٢١-٢٤ رجب ١٤٣٦هـ، التي

يوافقها ١٠-١٣مايو ٢٠١٥م، نظر في : (حكم إيقاف العلاج عن المريض الميؤوس من برئه) ؛ كالمريض الذي يعاني من سرطان متقدم ومنتشـر، أو أي حالة يقرر الأطباء أنه لا يوجد أي أمل في شفائها، وبعد أن استمع أعضاء المجمع إلى الأبحاث المقدمة في الموضوع، وبعد مناقشة مستفيضة، واستحضار ما يلي:

١. المحافظة على حياة الإنسان فريضةٌ واجبةٌ، وهي من أعظم كليَّات الشـريعة ومقاصدها.
٢. أن الأخذ بالأسباب والتداوي بالعلاج المباح أمرٌ مشروعٌ، قامت على مشـروعيته وطلبه الأدلة الشرعية.
٣. إن أكثر الأمراض التي كان يظن أو يجزم بأنها ميؤوس من شفائها أصبحت الآن في نظر الأطباء مقدوراً على علاجها ومتمكناً منها، وبعض هذه العلاجات صارت أشبه بالقطعي مع تقدم الطب؛ لذا ينبغي للطبيب وأهل المريض ومن حوله أن يدخلوا عليه الأمل وعدم اليأس.

قرر مجلس المجمع ما يلي:

أولاً: يؤكد المجلس على قرار المجمع الفقهي في دورته العاشرة المنعقدة بمكة المكرمة في ٢٨ صفر ١٤٠٨هـ، ٢١ أكتوبر ١٩٨٧م، ومضمونه جواز رفع أجهزة الإنعاش إذا ثبت موت الدماغ ثبوتاً قطعياً.

ثانيًا: إذا ظن الطبيب المختص أن الدواء ينفع المريض ولا يضره، أو أن نفعه

أكثر من ضرره، فإنه يشرع له مواصلة علاجه، ولو كان تأثير العلاج مؤقتا؛ لأن الله سبحانه قد ينفعه بالعلاج نفعًا مستمرًا خلاف ما يتوقعه الأطباء.

ثالثًا: لا يجوز إيقاف العلاج عن المريض إلا إذا قرر ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات أن العلاج يلحق الأذى بالمريض ولا تأثير له في تحسن حالته، مع أهمية الاستمرار في رعاية المريض المتمثلة في تغذيته وإزالة الآلام أو تخفيفها قدر الإمكان.

رابعًا: تعجيل وفاة المريض بفعل تنتهي به حياته، وهو ما يسمى بالقتل الرحيم محرم شرعاً بأي صورة كان سواءً أكان بطلب من المريض أم قرابته.

وصل اللهم على نبينا محمد، وعلى آله وصحبه وسلم.

وهناك فتوى أخرى مماثلة ستضاف إلى الملحق، وقد نتطرق لبعضها حسب السياق.

ماذا نستخلص من هذه الفتاوى؟

واضح أن جميع الحالات التي عرضت للاستفتاء عنها في هذه الفتاوى هي حالات لمرضى ميؤوس من شفائهم بسبب أمراض لا يرجى برؤها، وهذه الأمراض هي السبب الرئيس في اليأس من شفائهم ـ حسب معطيات الطب

الحديث ـ مع حاجة هؤلاء المرضى إلى الإنعاش عند توقف القلب، وبالتالي فالفتاوى هنا تتحدث عن أحكام الإنعاش، وما إذا كان الأمر بعدم الإنعاش أو إيقافه بعد البدء فيه جائزًا من الناحية الشرعية.

وقد وردت في هذه الفتاوي أيضاً عبارات تدل على أن هؤلاء المرضى معتمدون على الأجهزة اعتمادًا كليًا أو أن علاجهم متعذر، أو أنه غير ذي جدوى، أو أن لديهم أمراضًا مستعصية على العلاج، أو أن الأطباء قرروا عدم جدوى العلاج أو التدخل الطبي. وفي الحقيقة أن هذه هي الأحوال أو الحالات التي يتعلق بها موضوع الإنعاش ورفع أجهزته.

وتناولت الفتاوى موضوعات أخرى مثل التزاحم على الأجهزة، والعجز المادي، وعدم القدرة على دفع تكاليف العلاج لمريض ميؤوس من شفائه، وموضوع استئذان أولياء المريض في إيقاف أجهزة الإنعاش، وعلاج الآلام بالأدوية التي تؤثر في جهاز التنفس.

وهذه الفتاوى في مجملها تجيز رفع أجهزة الإنعاش أو عدم القيام به في مثل هذه الحالات المذكورة. وهناك أمور محددة أو حالات خاصة سيتم التطرق لها في مواضعها انطلاقًا من هذه الفتاوى.

كما تفيد بأن غلبة الظن بنفع العلاج توجب إعطاءه حتى ولو كان النفع مؤقتًا، وأنه لابد من اتفاق ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات على عدم جدوى العلاج، واتخاذ القرار بشأن إيقافه. وتضيف أيضا بأنه لا تعلن وفاة المريض إلا بعد التحقق من حصولها دون شك.

لقد فتحت هذه الفتاوى مجالًا للنظر في موضوع الإنعاش بما لم يكن متاحا في السابق مما سهل مهمة الأطباء في اتخاذ القرارات، كما سهل إصدار سياسات عدم الإنعاش ومنها الدليل الوطني السعودي لعدم الإنعاش.[١]

عاشرًا: رفع أجهزة الانعاش بعد وضعها

قد يحدث أن يتأخر قرار عدم الإنعاش في حالات معينة، ولأسباب مختلفة فتوضع للمريض أجهزة الإنعاش، ويكون المريض في حالة ميئوس من شفائها، وقد تعطلت أجهزة حيوية في جسمه، ويغلب على الظن أنه لا يعود مرة أخرى، وسينتهي به الأمر إلى الوفاة.. فهل يسوغ في هذه الحالة رفع هذه الأجهزة؟

الحقيقة أن هذه من أصعب القرارات، إذ كيف يمكن رفع أجهزة وضعت على المريض، ومعلوم في الغالب أنه سيموت عند رفع هذه الأجهزة؟

وإذا كان الواقع العملي أن رفع الأجهزة لا يختلف عن عدم وضعها من حيث الأصل، إلا أنه يصعب اتخاذ هذا القرار من الناحية النفسية سواء بالنسبة للطبيب أو بالنسبة لأهل المريض.

وقد يتيقن الطبيب أو يغلب على ظنه غلبة راجحة أن بقاء المريض على أجهزة الإنعاش لا جدوى منه، فيمكن في هذه الحالة رفع الأجهزة، طالما أن جسم المريض لا يستجيب لهذه الأجهزة فتصبح عديمة الفائدة أو أنها ضارة به؛ خاصة إذا تم إعطاؤها للمريض من قبل، ولم يستفد منها.

---

(١) الدليل الوطني السعودي لعدم الإنعاش.
file:///C:/Users/DELL/Downloads/National%20Policy%20DNR%20(1).pdf

حادي عشر: إذن المريض وأوليائه:

من المفارقات العجيبة أن موضوع عدم الإنعاش هو الإجراء الطبي الوحيد الذي يستأذن المريض وأولياؤه في عدم إجرائه. إذا لا يوجد إجراء طبي آخر له هذه الصفة.

ومن الطبيعي أن يقال: إن الطبيب عندما يرى عدم الحاجة أو الضرورة لإجراء طبي أو عدم فائدتة، أوضرره على المريض، فليس مطلوباً منه أن يستأذن المريض أو أولياؤه في ذلك. فمثلاً عند إصابة مريض ما بالتهابات سببها فيروسي، ويقرر الطبيب عدم الحاجة إلى إعطاء مضادات حيوية، مثلاً، فليس مطلوباً منه أن يستأذن المريض في عدم اتخاذ هذا الإجراء، إذا لا فائدة منه، بل قد يحمل ضررًا على المريض أو على الآخرين عند حدوث مقاومة البكتيريا لهذه المضادات.

والسبب وراء استئذان المريض أو أوليائه في عدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي هو أن موضوع الإنعاش يتعلق بنهاية الحياة، ويحمل أهمية خاصة بالنسبة للمريض وأوليائه، وبالتالي يصعب على المريض أو أوليائه قبول مثل هذا القرار لأول وهلة، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فهناك تغليب مبدأ الاستقلالية الذاتية، وحرية الاختيار (Autonomy) لدى المريض وأوليائه في اتخاذ القرارات، مما يدعو إلى تأكيد حقهم في ذلك، ويدعو إلى الميل مع قرارهم بالموافقة أو

الرفض.[1] وهذا التغليب لمبدأ الاستقلالية الذاتية؛ هو نفسه الذي أدى إلى قبول رفض العلاج النافع، ومنه الإنعاش،حتى وإن أدى إلى الضرر أو الوفاة، وهونفسه الذي أدى إلى قبول الموت بدافع الشفقة والمساعدة على الانتحار.

وأما الفتاوي الشرعية التي صدرت في موضوع رفع أجهزة الإنعاش فهي تعطي الحق للطبيب في اتخاذ القرار وليس لأهل المريض وذويه الإعتراض على القرار، حيث يعد القرار قراراً طبياً ليس لهم دخل فيه.

والذي نراه، وكما يعمل به في بعض سياسات عدم الإنعاش هو أن يشرك المريض وأولياؤه في القرار، وتبين لهم الأمور الآتية:

أ. ماذا يعني عدم الإنعاش؟ ولماذا يتخذ مثل هذا القرار؟

ب. العلاقة بين الانعاش وإجرائه والأضرار المحتملة والمنافع إن وجدت.

ت. التأكيد على الغرض من الرعاية الصحية في هذه المرحلة، وما يمكن تحقيقه.

ث. تقديم الخيارات الأخرى والبدائل المناسبة ومآلات كل منها.

وفي أثناء ذلك يعطى المرضى وذووهم وقتًا كافيًا لمناقشة هذا الأمر، حتى تتولد لديهم قناعة، ولا يكون اتخاذ القرار من جانب واحد مدعاة للشكاوى والنزاعات. ويفضل أن يخطروا بالأمر فحسب، دون تحميلهم التبعات النفسية والاجتماعية لاتخاذ هذا القرار الخطير.

---

(1) Biegler P. Should patient consent be required to write a do not resuscitate order?. J Med Ethics 2003;29:359–363

رفض المريض للعلاجات

قد يحدث ان يرفض المريض أو أولياؤه الإجراءات الطبية عند نهاية الحياة، إما بسبب عدم قناعتهم بنفعها، أو أنها تشق على المريض، أو لأسباب مماثلة. فما الموقف من هذا الرفض؟

لقد قررنا سابقًا في فصل الإذن الطبي أن من حق المريض أن يرفض الإجراءات الطبية طالما أن لديه أهلية كاملة لاتخاذ القرارات ولا إشكال في ذلك. ويبقى السؤال عن رفض المريض عندما يكون الإجراء دافعًا للهلكة أو يحول دون منفعة أعضاء حيوية. وهنا يكون الاجتهاد فبعض الفتاوى والأنظمة تجيز للطبيب التصرف، وبعضها قد لاتجيزه[1]

واجب الرعاية وغايتها

من المهم جدًا لمن يتولى رعاية المرضى في هذه الفترة الحرجة أن يبذل الجهد في رعاية المريض، وأن لا ينصرف عنه بحجة أن لديه أمرًا بعدم الإنعاش. ويتأكد هذا الواجب عندما يكون لدى المريض معاناة من أي نوع كان. ومن هنا بدأ التوجه إلى التركيز على الغاية من الرعاية الطبية في هذه المرحلة بدل التركيز على

---

(١)الدليل الوطني السعودي لعدم الإنعاش .
file:///C:/Users/DELL/Downloads/National%20Policy%20DNR%20(1).pdf
هناك فتوى لمجمع الفقه التابع لرابطة العالم الإسلامي تجيز ذلك (قرار رقم ٦٧ (٥/ ٧) في دورته السابعة المنعقدة بجدة في المملكة العربية السعودية من ٧-١٢ ذي القعدة ١٤١٢الموافق ٩-١٤ ايار (مايو) ١٩٩٢م)، وكذلك نظام مزاولة المهن الصحية في المادة التاسعة عشرة.

عدم الإنعاش. ومن شأن هذا الأمر أن يجعل الرعاية الطبية أكثر شمولية وأكثر إيجابية، وأدعى للقبول من جانب المريض وأهله بدل النظرة السلبية لعدم الإنعاش، واتهام الطبيب بأنه سينصرف عن علاج المريض في هذه المرحلة.[(١)]

ثاني عشر: مسؤولية القرار وضوابطه

لا شك أن اتخاذ القرارات في هذه المرحلة من حياة المريض مسؤولية كبيرة تقع على عاتق الفريق الطبي. ومن هنا وجب عليه أن يتخذ القرار بأكبر قدر من المسؤولية، والذين يتخذون هذه القرارات يعرفون حجم المسؤولية عليهم، كما يدركون حجم الأمانة التي أنيطت بهم. ومن هنا يصبح الالتزام بضوابط هذه القرارات أمرًا في غاية الأهمية، ومن هذه الضوابط مايأتي:

١. الأصل أن دور الطبيب تقديم الرعاية الطبية في جميع المراحل حسب احتياج المريض، وحسب قدرات الطبيب.
٢. عدم الامتناع عن تقديم العلاج، أو عدم ايقافه، حتى يتيقن أو يغلب على ظنه ظنًا غالبًا أن العلاج في هذه المرحلة غير نافع أو أنه ضار بالمريض.
٣. الالتزام بما نصت عليه الفتاوى والسياسات في مجال الإنعاش، فلا يكون

---

(1) Arabi YM, Al-Sayyari AA, Al Moamary MS. Shifting paradigm: From "No Code" and "Do-Not-Resuscitate" to "Goals of Care" policies. *Ann Thorac Med*. 2018;13(2):67-71. doi:10.4103/atm.ATM_393_17.

القرار منفردًا، ولا مبنيًا على مجرد رغبة أو رؤية شخصية.

٤. إذا كان الطبيب في شك من أمره ولم يترجح لديه شيء؛ فعليه أن يستمر في الإنعاش، ثم يعيد تقويم الوضع.

ويمكن أن تضاف ضوابط أخرى أكثر تحديدًا، ومنها:

أ. جواز الامتناع عن البدء في العلاج إذا ترجحت سلامة المريض إن ترك دون علاج.

ب. عندما يكون نفع العلاج في دفع الهلاك منعدمًا أو نادرًا أو غير مترجح في حالة مريض معين.[١]

ثالث عشر: التوجيه المسبق أو " وصية الحي قرب وفاته [٢] "(Living will)

التوجيه المسبق أو وصية الحي قرب وفاته، هي وثيقة مكتوبة، يقرر فيها المريض في أثناء حياته وهو بكامل قواه العقلية وفي صحته؛ عدم رغبته في بعض الإجراءات الطبية أو منع الأطباء من القيام بها عندما يصبح مستقبلاً غير قادر على التعبير عن رغباته أو اتخاذ قرار بشأن العلاجات الطبية، وذلك عند تشوش ذهنه أو فقدانه للذاكرة أو الوعي.[٣] وتعد هذه الوصية – في الدول التي قننتها – نافذة لا يجوز لأحد أن يغيرها أو يحول دون الالتزام بها، وهي تعبر عن

---

(١) عنقاوي، طارق بن طلال.احكام قرارات العلاجات المساندة للحياة: دراسة فقهية للقرارات الطبية المصيرية حول الإنعاش والعناية المركزة.المجلد الثاني:ص ١٠٤١-١٠٤٣.

(٢) ترجمت كلمة (living) بمعنى الحي لأنها أضبط في نظري، فهي وصية لأمر يتعلق بماقبل الوفاة من حي.وقد ايدني في ذلك استاذنا الدكتور السيد محمد على البار حفظه الله(تواصل شخصي) .

(3) Ebrahim AFN.The living will (Wasiyah).FIMA year Book,2005;6:19-27.

الاستقلالية الذاتية وحرية الاختيار. وتنطلق فكرة هذه الوصية من مبدأ أخلاقي يقول بالحق في الموت، كما هو الحق في الحياة، ولذلك تم قبوله في الغرب أخلاقياً وقانونياً. وتختلف هذه الوصية في صورتها عن الوصية الشرعية، حيث إن الوصية الشرعية لا تنفذ إلا بعد وفاة الموصي فقط.

والنوع الثاني من أنواع التوجيه المسبق هو الوكالة، حيث يوكل الإنسان في صحته، وهو في كامل قواة العقلية شخصاً (قد يكون محامياً أو أحد أفراد أسرته) ليتخذ القرارات المتعلقة بصحته مستقبلاً عندما لا يكون قادراً على اتخاذ هذه القرارات، وقد أصبح معمولاً به بالغرب، ويحمل الصفة القانونية النافذة، ومع ذلك فنسبة استخدامها لاتتجاوز ١٠٪ من الحالات. [١]

ولا يوجد تقنين للتوجيه المسبق في كل الدول الغربية، فهناك تفاوت بينها، فبينما هي مقننة في أسبانيا وهولندا وبريطانيا وبلجيكا وفنلندا، لا نجدها كذلك في فرنسا وإيطاليا والنرويج.[٢] ومع أنها أيضاً مقننة في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا[٣]،ومع وجود بوادر لقبولها في دول آسيوية مثل اليابان[٤]،وكوريا الجنوبية،

---

(1) Mentzelopoulos SD,etal.The ethical challenges of resuscitation.Intensive Care Med.2018;44:703-716.

(2) Cogo S B,and Launardi V L. Advance directives: A documentary analysis in the global context. Texto Conexto Enferm,2018;27(3);e1880014.

(3) C H A R L E S P. S A B AT I N O . The Evolution of Health Care Advance Planning Law and Policy The Milbank Quarterly, Vol. 88, No. 2, 2010 (pp. 211–239.

Roertson G.Advance directives. The Canadian Encyclopediahttps://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/advance-directives

تم الدخول ٧يونيو ٢٠٢٠ .

(4) Akabayashi, A., Slingsby, B.T. & Kai, I. Perspectives on advance directives in Japanese society: A population-based questionnaire survey. *BMC Med Ethics* **4,** 5 (2003). https://doi.org/10.1186/1472-6939-4-5

وهونج كونج،[1] فمازال هناك تباين في التطبيقات، ولا يعرف عنها أو لا يوثقها إلا القليل من الناس.[2]

ومن شأن التوجيه المسبق الموثق والموقع من المريض؛ أن يحول دون تعرض المرضى لإجراءات طبية في الأيام الأخيرة من حياتهم، قد تكون فائدتها قليلة، حيث إن لديهم أمراضًا مميتة، غير عكسية(irreversible) ، ومن ثم يحصلون على رعاية تتناسب مع رغباتهم.[3]

ومن الصور الأخرى لمثل هذه الوصية ما يعرف بالتخطيط المسبق للرعاية الصحية (Advance care planning)، ويقصد به أن يتفق المريض مع الطبيب على التشارك في تحديد القرارات الطبية عند قرب نهاية الحياة مسبقًا، وعادة ما يكون هذا النوع من التواصل ديناميكيًا، وتفاعليًا، وقابلا للنقاش والتغيير بين وقت

---

(1) So-Sun Kim, Won-Hee Lee, JooYoung Cheon, Jung-Eun Lee,2 KiSun Yeo,2 and JuHee LeePreferences for Advance Directives in KoreaNursing Research and Practice Volume 2012, Article ID 873892, 7 pages doi:10.1155/2012/873892.
Chan CWH, Wong MMH, Choi KC, et al. Prevalence, Perception, and Predictors of Advance Directives among Hong Kong Chinese: A Population-based Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(3):365. Published 2019 Jan 28. doi:10.3390/ijerph16030365
Chan CW, Wong MM, Choi KC, Chan HY, Chow AY, Lo RS, et al. What Patients, Families, Health Professionals and Hospital Volunteers Told Us about Advance Directives. Asia Pac J Oncol Nurs 2019;6:72-7.

(2). Gamertsfelder E M ,et al. Prevalence of Advance Directives among Older Adults Admitted to Intensive Care Units and Requiring Mechanical Ventilation. *Journal of Gerontological Nursing, 42*(4), 34–41.And,
Yaday K N,etal. Prevalence of Advance Directives in the United States: A Systematic Review**.** Am J respir crit care med,2017;195:A4633.,And,
Andreasen P,Fin-stoveri UH,Delien L,etal. Advance directivs in European long-term care facilities: A cross-sectional survey. BMJ supportive and palliative Care,2018-001743.

(3) Fritz Zoë, Slowther Anne-Marie, Perkins Gavin D. Resuscitation policy should focus on the patient, not the decision *BMJ* 2017; 356 :j813. & Silveria M,etal. Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death. N Engl J Med 2010; 362:1211-1218

وآخر للوصول للقرار الأنسب. [١]

والواضح أن وجود التخطيط المسبق للرعاية بالنسبة للمرضى، يؤثر في نوعية الإجراءات التي يتعرضون لها عند نهاية الحياة، مثل عدم الإنعاش، وحتى عدم التنويم في المستشفى، واستخدام دور الرعاية الأخرى، [٢] وهو يحقق رغبة المريض، ويحول دون تعرضه لما لا يريد من التدخلات الطبية. [٣]

والسؤال الذي يطرح نفسه: هل يمكن أن يكون التوجيه المسبق سائغاً من الناحية الشرعية؟

وحسب علمنا، لم تصدر فتاوى حول هذا الموضوع من الناحية الشرعية، ولم يناقش في المجامع الفقهية حتى الآن، فهو مفهوم جديد لم يكن معروفاً من قبل، ولا زال غير شائع في المجتمعات الإسلامية.

وقد وجدت رأيين مختلفين حول هذا الموضوع، أحدهما لا يجيز التوجيه المسبق ووصية الحياة، عطفاً على كونها لا تدخل ضمن الوصية المعتبرة شرعاً والتي تنفذ بعد وفاة الموصي، ولأن الحياة والموت بيد الله سبحانه وتعالى فهو الذي يهبهما، وهو الذي يسلبهما. وقد تحمل هذه الوصية في ثناياها استعجالًا للموت

---

(1) Mentzelopoulos S D,etal. Ethical challenges in resuscitation. Intensive Care Med,2018;44:703-716.
(2) Brinkman-stoppelenburg A, Rietjens JAC,and Van derHeide A.The effect of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. Plliative Medicine,2014;28:1000-1025.
(3) Cavalieri TA . Ethical issues at the end of life. *J Am Osteopath Assoc*. 2001;101(10):616-622.

والأجل، وهو أمر محرم في الشريعة الإسلامية دون شك، ولأن التشريع الإسلامي اعتبر تمني الموت من المكروهات، حيث جاء ذلك على لسان النبي ﷺ بقوله: «**لا يَتَمَنَّيَنَّ أحَدُكُمُ المَوْتَ مِن ضُرٍّ أصابَهُ، فإنْ كانَ لا بُدَّ فاعِلًا، فَلْيَقُلْ: اللَّهُمَّ أحْيِنِي ما كانَتِ الحَياةُ خَيْرًا لِي، وتَوَفَّنِي إذا كانَتِ الوَفاةُ خَيْرًا لِي**»(١).

كما أن التوجيه المسبق قد يناقض التوكل على الله، مع حرمة امتناع المسلم عن الطعام والشراب المؤدي إلى هلكته. (٢)

أما الرأي الثاني فيرى أن التوجيه المسبق يمكن أن يستدل عليه بفعل الرسول ﷺ في مرض موته، حيث روى البخاري رحمه الله عن عائشة رضي الله عنها قالت: «**لددنا رسول الله ﷺ فأشار أن لا تلدّوني. فقلنا: كراهية المريض للدواء. فلما أفاق قال: ألم أنهكم أن لا تلدوني؟! لا يبقى منكم أحد إلا لُدّ غير العباس، فإنه لم يشهدكم**». (٣)

فيمكن أن يقال: إنه رفض للعلاج في وقت أدرك ﷺ بأنه مفارق الحياة، فيشبه التوجية المسبق من هذه الناحية. (٤)

ويطرح أحد الباحثين بديلا إسلاميا عن التوجيه المسبق يتلخص في أن

---

(١) صحيح البخاري (رقم ٥٦٧١) المصدر: الدرر السنية https://www.dorar.net/hadith/sharh/5691

(2) Ebrahim AF. THE LIVING WILL (WASIYYAT AL-HAYY): A STUDY OF ITS LEGALITY IN THE LIGHT OF ISLAMIC JURISPRUDENCE. FIMA Year Book.2005-2006:P19-30

(٣) مسلم بن الحجاج . المسند الصحيح المختصر. بَابُ كَرَاهَةِ التَّدَاوِي بِاللَّدُودِ. م: ٢٢١٣، ج٤ص ١٧٣٣

(4) Chamsi-Pasha H, Albar MA. Ethical Dilemmas at the End of Life: Islamic Perspective. *J Relig Health*. 2017;56(2):400-410. doi:10.1007/s10943-016-0181-3.

يسجل المريض رفضه لتلك التدخلات التي لا طائل من ورائها أو أنها عديمة الجدوى، مع بقاء الرعاية التلطيفية، أو في حالة موت الدماغ حيث يمكنه أن يوصي بنزع أجهزة الإنعاش في هذه الحالة.[١]

أما الدكتور طارق عنقاوي فقد فصل القول فيها على النحو الآتي:

فقد فرق بين السبب المؤدي الى فقدان القدرة على اتخاذ القرار من حيث كونه سببًا مؤقتًا أو لا يرجى زواله مطلقًا أوعن قرب.

ففي الحالة الأولى يرى أنه لا يحكم بزوال الأهلية، فيعتبر قراره المسبق نافذًا، إلا في حالات معينة، وذلك عندما تتغير الأحوال، فهنا قد نحتاج إلى قرار جديد ينظر فيه من قبل أولياء المريض.

أما الحالة الثانية فإذا كان السبب لايرجى زواله مطلقًا، فيرى أن القرار ليس نافذًا، وينتقل الإذن إلى أولياء المريض. أما إن كان السبب يطول بقاؤه، فيرجع للولي مع التزامه بقرارات المريض حتى يترجح أن السبب لا يرجى زواله مطلقا.[٢] وفي رأيي أن الموضوع بحاجة إلى مزيد من البحث من الناحية الشرعية ليصبح أكثر وضوحًا.

---

(1) Ebrahim AF. THE LIVING WILL (WASIYYAT AL-HAYY): A STUDY OF ITS LEGALITY IN THE LIGHT OF ISLAMIC JURISPRUDENCE. FIMA Year Book.2005-2006 :P19-30.

(٢) عنقاوي، طارق بن طلال. أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة. دراسة فقهية للقرارات الطبية المصرية حول الانعاش والعناية المركزة.ص ٨٣٧-٨٥٠

رابع عشر: التغذية والإرواء (إعطاء السوائل) عند نهاية الحياة

لا يسوغ بحال إيقاف الغذاء عن المريض، حتى في لحظات حياته الأخيرة، حتى وإن كانت حالته ميئوساً منها. ذلك أن الغذاء ليس كالدواء، فالغذاء حاجة أساسية لحياة لانسان لا تستقيم إلا بها. كما أن الغذاء- في الغالب- مقطوع بنفعه، وليس كالدواء.

صحيح أن المريض قد يكره الغذاء في اثناء مرضه، ولهذا يترك له حرية الاختيار، كما جاء في توجيه النبي ﷺ: «**لا تكرهوا مرضاكم على الطعام فإن الله يطعمهم ويسقيهم**». [(١)]

ويؤخذ بالتدرج والإقناع بدلًا من الاكراه.

وقد يكون المريض غير قادر في هذه المرحلة على تناول الغذاء بالطرق المعتادة، فيمكن حينئذ مساعدته بالطرق الأخرى المعروفة كالأنبوبة الأنفية المعدية (Nasogastric Tube) أو غيرها من الوسائل المناسبة إلا إذا كان إعطاء الغذاء أو السوائل في حد ذاته ضاراً بالمريض، فعندئذ يمكن إيقافه أو تقليله. ويترك تقدير هذا الأمر للطبيب صاحب الخبرة فيما يناسب المريض في هذه الحالة، خاصة إذا كان المريض فاقدًا للشهية، ومنهكًا بسبب مرضه، وقد تؤدي هذه التدخلات إلى مزيد من إنهاكه وضرره.

---

(١)رواه الترمذي وابن ماجه والحاكم والطبراني في الكبير والأوسط والبيهقي والبزار، والحديث حسنه الترمذي، وصححه الحاكم على شرط مسلم، ووافقه الذهبي، وحسنه في الزوائد والألباني في السلسلة الصحيحة.



خامس عشر: الإسبات النهائي (الإسبات التلطيفي) Terminal /palliative sedation

ويعنى به: إعطاء المريض، في المراحل النهائية من حياته، أو عندما يدنو أجله، أدوية وعقاقير منومة تؤدي إلى فقدان الوعي تمامًا حتى الوفاة. وبالرغم من الخلاف حول تعريفه، فهذا هو مفهومه العام.(١)

وكان يسمى في الماضي بالإسبات النهائي، لأن الأدوية تعطى للمريض قبل موته فلا يعود إلى وعيه إلى أن يموت، ثم استعيض عنه بالتلطيفي للإشارة إلى الغرض منه، وتلطيف مسماه في الوقت ذاته!

والغرض من الإسبات التلطيفي هو تخفيف الأعراض التي يشكو منها المريض في هذه المرحلة، والتي لا تستجيب للمعالجات التلطيفية المعتادة، مثل الآلام المبرحة، وصعوبة التنفس، والهذيان، وغيرها. وقد يتبع ذلك حرمان المريض من الغذاء والسوائل.

والقضايا الأخلاقية المتعلقة بالإسبات التلطيفي يمكن إجمالها فيما يأتي:(٢)

١. الإشكال حول الأضرار التي تحدث للمريض، ومنها تثبيط الجهاز التنفسي، وفقدان الوعي التام.

---

(1) H Christof Muller-Busch*1,2, Inge Andres1 and Thomas Jehser Sedation in palliative care – a critical analysis of 7 years experience BMC Palliative Care 2003, 2:2(http://www.biomedcentral.com/1472-684X/2/2

Daly p. palliative sedation. forgoing life-sustaining treatment. and aid-in-dying: what is the difference?.Theor Medical Bioeth,2015;36:197-213.

(2)Raho J.Palliative sedation:A review of ethical debate. https://www.chausa.org/docs/default-source/hceusa/palliative-sedation-a-review-of-the-ethical-debate.pdf?sfvrsn=2

٢. التشابه بين المساعدة على الموت (القتل الرحيم) وبين الإسبات.

٣. الإشكال الذي يثور حول ما إذا كان الإسبات سببا في تعجيل الوفاة.

٤. إلى أي مدى يمكن الذهاب في علاج الأعراض التي يعاني منها المريض؟ (١)

وسنناقشها تباعًا هنا باختصار:

أما بالنسبة للأضرار؛ فمن المعلوم أن الإسبات سيؤدي إلى فقدان الوعي، وهو حاصل دون شك خاصة عند زيادة الجرعات لتخفيف الأعراض، ومحل الإشكال فيه أن المريض سيكون غير قادر على التواصل مع من حوله في لحظاته أو أيامه الأخيرة قبل أن يودع الدنيا. ومن الناحية الشرعية سيكون غير قادر على أداء عبادات مهمة كفريضة الصلاة، والذكر والدعاء، وربما نطق الشهادتين قبل الوفاة.

أما تثبيط الجهاز التنفسي فمتوقع حدوثه، وان بنسبة محدودة، خاصة إذا روعي تحديد الجرعات الدوائية، مع أن الإسبات قد يستخدم أصلا لعلاج صعوبة التنفس. ومن هنا يمكن القول بأنه بالإمكان منع حدوثه، إذا روعيت نوعية الأدوية المعطاة وجرعاتها. (٢)

أما التشابه بين الإسبات التلطيفي والمساعدة على الوفاة، فيرجع إلى الاعتقاد بأن الإسبات فعل يؤدي إلى الوفاة، وبالتالي فهولا يختلف عن المساعدة

---

(1) Center of Bioethics university of Minnesota.End of life care: An Ethical review.2005 https://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/End_of_Life.pdf.

(2) Groninger H, Vijayan J. Pharmacologic management of pain at the end of life. *Am Fam Physician*,2014;90(1):26-32.

على الوفاة، لكن عند التدقيق سنجد بعض الفروق، ومنها:

أ) الغرض من الإجراء: فبينما الغرض من الاسبات التلطيفي تخفيف الآلام والأعراض، بقدر ما تقتضيه ضرورة العلاج، فإن الغرض من القتل الرحيم أو المساعدة على الوفاة هو إنهاء الحياة قطعًا.

ب) نية الطبيب: فبينما تكون نية الطبيب في القتل الرحيم أو المساعدة على الوفاة إنهاء الحياة، نجد أن نيته في الإسبات التلطيفي تخفيف الأعراض، وتخفيف معاناة المريض. وإن كان هناك خلاف حول معرفة نية الطبيب في هذه الحالة.

ج) المآلات: يؤدي القتل الرحيم والمساعدة على الوفاة إلى الموت بصورة قاطعة، وهو ما لا يمكن الجزم بحصوله في الإسبات التلطيفي، هذا في الجملة، ولكن هناك نوع من الإسبات التلطيفي النهائي الذي لايعود المريض بعده إلى الحياة. وهنا يحصل الالتباس: هل كانت الوفاة بسبب الإسبات التلطيفي أم بسبب المرض الأصلي؟ (١)

وهذا يقودنا إلى الإشكال المتعلق بتعجيل الوفاة. فبينما هو متحقق في القتل

(1) Olsen ML, Swetz KM, Mueller PS. Ethical decision making with end-of-life care: palliative sedation and withholding or withdrawing life-sustaining treatments. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(10):949-954. doi:10.4065/mcp.2010.0201

Rietjens JAC, van Delden JJM, van der Heide A, et al. Terminal Sedation and Euthanasia: A Comparison of Clinical Practices. *Arch Intern Med*. 2006;166(7):749–753. doi:10.1001/archinte.166.7.749

Ten Have H, et al.Palliative Sedation Versus Euthanasia: An Ethical Assessment.Journal of Pain and Symptom Management, Volume 47, Issue 1, 123 - 136

Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative sedation: a review of the research literature. *J Pain Symptom Manage*. 2008;36(3):310-333. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.10.004

Muller-Busch HC, Andres I, Jehser T. Sedation in palliative care - a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliat Care*. 2003;2(1):2. Published 2003 May 13. doi:10.1186/1472-684X-2-2

الرحيم والمساعدة على الوفاة، يثور السؤال: هل هو متحقق فعلا في الإسبات التلطيفي؟

لقد أخذ هذا الموضوع مساحة واسعة من النقاش، وأجريت دراسات تهدف إلى الإجابة عن هذا السؤال. وخلاصة القول حول هذه المسألة: أن الإسبات التلطيفي لا يعجل بالوفاة، بل قد يكون سببًا في تأجيلها. وعلى أية حال فإن دراسات المقارنة لم تجد فرقًا بين المرضى الذين تم إسباتهم وبين الاخرين.[١] لكن يبقى أن هناك شبهة في التعجيل بالوفاة، وإشكالية فقدان الوعي حتى نهاية الحياة. وهناك مشكلة أخرى وهي حرمان المريض خلال هذه الفترة من الغذاء والسوائل.[٢]

أما موضوع معاناة المريض عند قرب نهاية حياته، وهو السبب الرئيسي لإجراء الإسبات التلطيفي، الذي يهدف إلى تخفيف هذه المعاناة، فإن السؤال: إلى أي مدى يمكن الذهاب في تخفيف هذه المعاناة؟ صحيح أن تخفيف المعاناة قد يتحقق، لكن في المقابل فإن الثمن هو أن المريض لا يعود إلى وعيه أبدًا. فهل

---

(1) Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E, et al. Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. *Ann Oncol*. 2009;20(7):1163-1169. doi:10.1093/annonc/mdp048

Maltoni M,Scrapi E,Rosati M,Derni S,and et al.Palliative sedation in end-of life care and survival:A systematic review.J Clin Oncol,2012;30:1378-1383.

Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative sedation: a review of the research literature. *J Pain Symptom Manage*. 2008;36(3):310-333. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.10.004

Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Derni S, Fabbri L, Martini F, Amadori D, Nanni O. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. J Clin Oncol. 2012 Apr 20;30(12):1378-83. doi: 10.1200/JCO.2011.37.3795. Epub 2012 Mar 12. Erratum in: J Clin Oncol. 2012 Sep 20;30(27):3429. PMID: 22412129.

(2) Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative sedation: a review of the research literature. *J Pain Symptom Manage*. 2008;36(3):310-333. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.10.004

يسوغ من الناحية الأخلاقية أن نسعى لتحقيق هذا الغرض، حتى لو أدى إلى فقدان المريض وعيه حتى النهاية؟

وهناك مشكلة أخرى قد تضاف إلى هذه المشكلات وهي سوء استخدام الإسبات التلطيفي وتطبيقه على من لا تنطبق عليهم شروطه أو أنهم لايحتاجونه.[١] وهذا بلا شك مشكلة لكن وجودها قد لا يؤثر في الحكم الأصلي.

بعد هذا التصوير لمشكلة الإسبات التلطيفي الذي أخذ به كثير من المجتمعات؛ يأتي السؤال: ما الحكم فيه من الناحية الشرعية؟

لم أجد، حسب ما اطلعنا عليه حتى الآن، من ناقش هذا الموضوع مناقشة مستفيضة يمكن أن نخلص منها إلى حكم شرعي واضح.

أما من ناحية المعاناة والآلام والأعراض من الناحية الشرعية، فيمكن أن ينظر إليه من زاويتين. الأولى: أن الأمراض والآلام والأعراض التي يعاني منها المريض هي ابتلاء من الله سبحانه وتعالى وتجري بقدره، وفيها تكفير للذنوب ورفعة للدرجات يوم القيامة إن صبر المؤمن عليها واحتسب الأجرفيها. يقول الرسول ﷺ: «**عجبًا لأمر المؤمن! إن أمره كله خير، فإن أصابته سراء شكر فكان خيرًا له، وإن أصابته ضراء صبر فكان خيرًا له، وليس ذلك إلا للمؤمن**».[٢]

ويقول عليه الصلاة والسلام: «**مَا يُصِيبُ الْمُسْلِمَ مِنْ نَصَبٍ وَلاَ وَصَبٍ وَلاَ**

(1) Rainone F . Palliative sedation: Controversies and challenges, Progress in Palliative Care 2015 , 23:3, 153-162, DOI: 10.1179/1743291X15Y.0000000004

(٢) صحيح مسلم (الرقم ٢٩٩٩): الدرر السنية https://dorar.net/hadith/sharh/17864

هَمٍّ وَلاَ حَزَنٍ وَلاَ أَذًى وَلاَ غمٍّ، حتَّى الشَّوْكَةُ يُشَاكُها إِلاَّ كفَّر اللهَّ بهَا مِنْ خطَايَاه».(١)

ومن زاوية أخرى فإن طلب الدواء لرفع المعاناة وتخفيف الآلام مندوب إليه شرعًا، إذ هو نوع من التداوي، وقد مر معنا في أحكام التداوي ما يغني عن الإعادة هنا. ويعني ذلك أنه يجوز للمؤمن، بل قد يجب عليه رفع هذه المعاناة، خاصة إذا كان رفعها سيمكنه من أداء عبادته على الوجه الأكمل، ومن أهمها صلاة الفريضة.

لكن السؤال الذي يطرح هنا: هل يجوز أن تزال المعاناة بأدوية تؤدي إلى ما يذهب العقل والإدراك، أو تشويش الذهن، وهو أمر حاصل بسبب الإسبات التلطيفي؟

وأيهما يعتبر هنا: المصلحة المتحققة بزوال المعاناة، أم المفسدة الحاصلة بسبب ذهاب العقل والإدراك؟ وهذا أمر يحتاج فيه إلى الاجتهاد الجماعي من قبل المجامع الفقهية، ومراكز الإفتاء.

وأما نية الطبيب في أن يزيل معاناة المريض لا أن يعجل بوفاته، فالنية معتبرة شرعًا، ولا شك أن الطبيب مأجور شرعًا إذا كانت نيته هي الأولى، ومأزور ومؤاخذ شرعا إن كانت نيته هي الثانية. لكن يبقى الإشكال في ذهاب عقل المريض وإدراكه، خاصة إذا استمر هذا حتى وفاة المريض إذ سيفوت عليه القيام بما كان يستطيع القيام به من واجبات شرعية، كما يفوت عليه مصلحة أخرى

---

(١) متفق عليه. اخرجه البخاري (٥٦٤٠) واللفظ له، ومسلم (2572) .الدرر السنية https://www.dorar.net/hadith/sharh/5674

وهي ذكر الله، ونطق الشهادة حين وفاته. وهذه تحتاج إلى مزيد من البحث والاجتهاد الفقهي الجماعي الذي يوصل إلى حكم تطمئن إليه نفس الأطباء والمرضى على حد سواء.

ومن المهم التأكيد هنا أن هناك حالات لا خلاف في إمكان استخدام الإسبات التلطيفي معهم، وهم الفاقدون للوعي الذين لا يتوقع عودة الوعي إليهم على الإطلاق.

أما حرمان المريض من الغذاء والسوائل فهو أمر لا يجوز شرعا كما مر معنا، إلا في حدود ضيقة جدًا.

سادس عشر: التزاحم على الأجهزة

يحدث في بعض الأحيان، خاصة في أقسام الطوارئ والعناية المركزة، أن لا تتوفر أجهزة أو علاجات لكل المرضى الذين يقدمون للمراكز الطبية، فيحدث التزاحم على الأجهزة. ويتأكد هذا في البلاد ذات الموارد الشحيحة أو الفقيرة. وحتى في البلاد ذات الموارد الوفيرة، قد تحدث بعض الكوارث أو الجوائح التي تستدعي استخدام هذه الأجهزة أكثر من ذي قبل، ممايؤدي إلى شحها وتزاحم المرضى عليها.

وهنا قد يجد الطبيب نفسه بين خيارات صعبة، إذ هو لا يستطيع أن يقدم الرعاية الطبية لكل المرضى، وسيجد صعوبة في تحقيق العدالة عند تقديمها. والسؤال الذي يطرح هنا: كيف يمايز الطبيب بين المرضى في مثل هذه الحالة؟ وما المعايير التي على أساسها يبني قراراته؟

ونقرر في البدء أن هذا الوضع من أصعب الأوضاع التي يمكن أن يواجهها طبيب مهما كانت المعايير التي سيستخدمها، خاصة إذا كان ذلك سيؤدي إلى أن يتضرر بعض المرضى لدرجة قد تصل إلى وفاة بعضهم.

فإذا تزاحمت الحقوق في هذه الحالة، فكيف يتخذ القرار؟

هنا يمكن وضع بعض المرجحات التي يمكن تطبيقها تحقيقًا للمصلحة والعدل، وعدم الإضرار، وهي:

١. الأسبقية: حيث يقدم من وصل إلى الطبيب أولًا، فيعطى الأولوية في العلاج. ولا يكاد يوجد خلاف بين الأطباء حول هذا المرجح. ويمكن أن يستدل عليه بقول النبي ﷺ: «**لا يقيم الرجل الرجل من مجلسه ثم يجلس فيه**»[(١)]، فهنا أثبت الحق لصاحب الأسبقية.

٢. الاحتياج الأكثر: حيث يقدم من هو أكثر حاجة للعلاج على غيره. وهذا أمر منطقي ومتعارف عليه أن المرضى إذا وصلوا إلى الطبيب، فإنه يقدم أكثرهم احتياجًا للعلاج على وجه السرعة فيعطى الأولوية، ضمن نظام فرز للحالات يتم تطبيقه مع تفاوت في فعالية التطبيق.[(٢)]

---

(١) صحيح مسلم (٢١٧٧). الدرر السنية https://dorar.net/hadith/sharh/10712 .

(2) Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E: Modern triage in the emergency department. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(50): 892–8. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0892.
FitzGerald G, Jelinek GA, Scott D, *et al*Emergency department triage revisited*Emergency Medicine Journal* 2010;**27:**86-92.

٣. زيادة رجاء الحياة: فقد يتم التغاضي عن الأسبقية لوقت معين، فيقدم من ترجى حياته على من لا ترجى حياته بناء على المعايير العلمية الطبية وحسب تقدير الأطباء.

٤. زيادة رجاء البرء: فتتم معالجة من يرجى برؤه على وجه التفضيل، خاصة إذا كان تأخيرعلاجه سيؤدي إلى ضرر كبير حسب تقدير الأطباء، وبناء على معايير علمية طبية.

ولا يجوز التمييز في هذه الحالات بسبب السن، أوالإعاقة، أولأنهم من فئة معينة، أو لأنه اتخذ قرار بشأنهم بعدم الإنعاش. فهذه وأمثالها لا تدخل ضمن المرجحات.

تزاحم الحقوق مع شح الموارد

قد يحدث التزاحم عند شح الموارد عندما لا يتوفر بين يدي الطبيب من الإمكانات ما يكفي لعلاج المرضى كلهم. وهذا من أكثر حالات التزاحم صعوبة وأكثرها إزعاجًا للطبيب.

وهنا يمكن للطبيب أن يستخدم المرجحات التي ذكرت سابقًا. وعندي تساوي المرضى في المرجحات المذكورة كأن يصل المرضى كلهم في وقت واحد، وقد تساووا في الاحتياج، ورجاء البرء، ورجاء الحياة، فهنا مرجح أخير يضطر الطبيب إلى اللجوء إليه، وهي القرعة.

ويمكن تعريف القرعة بأنها: «طريقة تتبع للتوصل إلى الحق المبهم عند

التزاحم ولا مميز لأحدهم بكيفية معينة»، فهي تستعمل القرعة عند التزاحم حين لا يمكن التمييز بين المتزاحمين. [١] وقد ثبتت مشروعيتها في الكتاب والسنة، ورجح مشروعيتها جمهور الفقهاء.[٢]

وإذا تعين الحق أورجحت المصلحة لأحدهم أو لمجموعة منهم فلاتجوز القرعة، إذ لا يلجأ إليها إلا عند الضرورة.

التزاحم على أجهزة الانعاش

يفرض واقع العناية المركزة في بعض الأحيان واقعًا صعبًا؛ بحيث لا تتوفر أجهزة كافية لعلاج كل المرضى بدءًا من إمكانية توفر سرير، ومرورًا بتوفر الأجهزة، والطاقم الطبي المدرب لعلاج الحالات الحرجة.

وهنا أيضًا تستخدم نفس المرجحات السالفة الذكر، وبنفس الترتيب. وقد يكون لأجهزة التنفس الصناعي خصوصية، حيث إنها من أهم الوسائل المساندة للحياة، وإذا وضعت على المريض فقد تبقى عليه أسابيع وربما أشهرًا أو سنوات، علاوة على أن العلاج في العناية المركزة باهظ التكاليف.

وهنا يحتاج الأمر إلى بعض التفصيل على الوجه الأتي:

١. وصول المرضى دفعة واحدة: وهنا يقدم الأكثر احتياجًا أولًا.

٢. إذا وصل المرضى على دفعات، وسبق بعضهم، فإذا جاء اللاحق وجد

---

(١) اليوسف، صالح بن سليمان. مدى مشروعية القرعة والعمل بها في الفقه الإسلامي. مجلة كلية الشريعة بجامعة أسيوط. ع، ١٧،ج٢: ١٨٤-١٨٩.

(٢) منصور، ياسر داود. أحكام القرعة في الفقه الإسلامي. رسالة ماجستير بكلية بجامعة النجاح بنابلس. ص ١٤-٢٣. https://2u.pw/Nc65B .

الأجهزة مشغولة بمن سبق، فهنا يأتي التفصيل في ثلاث حالات:

الأولى: أن لا يغلب على الظن وفاة السابق عند رفع الأجهزة عنه، وإنما قد تحصل له مضاعفات فقط، فقد يسوغ رفعها عن السابق لكن بشروط، وهي:

أ) أن يكون العلاج مما يمكن إيقافه مؤقتًا، أو أن يكون علاجًا متقطعًا، أو أن هناك بديلًا يمكن استخدامه ريثما يتم إنقاذ اللاحق مثل التنفس الصناعي غير الباضع (non-inavsive).

ب) أن لا يؤدي هذا الرفع إلى وفاة المريض أو تضرره ضررًا شديدًا

ت) أن تسمح حالة المريض بإعادة الأجهزة أو العلاجات مرة أخرى ليتم تدارك وضعه لاحقًا.

الثانية: أن يغلب على الظن أو يترجح وفاة المريض، فهنا لا يجوز الإيقاف.

الثالثة: أن يكون المريض ميئوسا من شفائه، فهنا يترجح موته بايقاف العلاج أو رفع الأجهزة عنه. ولذا فالأصل إبقاؤه عليها، لأنه أسبق بالأولوية، ولأن رفعها عنه فعل، وتركها عليه ليس فعلًا. [1]

قلت: أما في حالة القرار بعدم الإنعاش للميئوس من شفائه السابق، وحصل له توقف في القلب والتنفس، فيسوغ عندئذ رفعها عنه، لتوضع على اللاحق. والله أعلم.

---

(١) ينظر: الطريقي، عبد الله بن محمد. التزاحم على الأجهزة الطبية. الطبعة الأولى ١٤٢٦ هـ (٢٠٠٥ م).
عنقاوي، طارق بن طلال. أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة. ج ٢، ص ٨٨٩-٩٢٣.

سابع عشر: التكلفة المادية

يشكل التنويم في العناية المركزة واستخدام أجهزة الإنعاش والأجهزة والأدوية المقدمة ضغطًا من حيث الكلفة المادية على الأنظمة والمؤسسات الصحية. وكلما ازدادت حاجة المريض إلى أنواع أكثر منها زادت كلفتها.

والسؤال هنا: هل نضع اعتبارًا للكلفة المادية في قرارات الإنعاش والتنويم في العناية المركزة أم أنها لا تدخل في المعادلة على الإطلاق؟

أما الفلسفة النفعية المادية فتضعها في المعادلة الأخلاقية دون شك، وقد تغلبها لدرجة كبيرة بحيث يطغى ذلك حتى على حفظ النفس البشرية، انطلاقًا من أن العلاج مكلف على النظام الصحي، أو على المريض وأهله، وبالتالي يمكن إيقاف هذه العلاجات أو الامتناع عن تقديمها بصفة مبدئية.

أما من الناحية الشرعية، فالمعروف أن حفظ المال إحدى الضرورات الخمس التي حفظتها الشريعة الإسلامية، لكن حفظ النفس مقدم عليها، فمتى كان العلاج مؤديًا إلى حفظ النفس البشرية، فالأصل أن يبذل المال من أجله مهما كانت الكلفة.

ويبقى السؤال: إذا كان حفظ النفس بهذا العلاج أمرًا مشكوكًا فيه أو أن الظن يغلب على أنه لن يكون نافعًا، فهل نستمر فيه مهما كانت الكلفة المادية؟ وقد يكون الحال أن الإمكانات للعلاج محدودة، أو أن هناك تزاحمًا على هذه العلاجات. وهنا يصبح الأمر محل اجتهاد وتقدير، وقد يتاكد إيقاف العلاج لأن

كلفته باهظة ونفعه مشكوك فيه. فقد جاء في فتوى اللجنة الدائمة للإفتاء بالمملكة العربية السعودية عند سؤالها عن طفلة أصيبت بحادث سيارة، وأصبحت معتمدة على جهاز التنفس اعتمادًا تامًا، وأن تكاليف العلاج باهظة جدًا. هنا جاءت الفتوى بجواز نزع جهاز التنفس عنها (الفتوى رقم ١٥٩٦٤، بتاريخ ١٣/ ٤/ ١٤١٤ هـ).

والاستمرار في علاج لا نفع فيه يتناقض مع مقصد حفظ المال، كما يمكن أن يتناقض مع حفظ النفس عند التزاحم.[1]

أما عند رجاء الشفاء أو بقاء الحياة فيجب بذل الجهد والمال لتحقيق الرعاية الطبية، ولا يجوز اعتبار التكلفة المادية سببًا لإيقاف العلاج، حتى إن كان المريض كبيرًا في السن أو لديه إعاقة.

***

(1) Kasule OH. Outstanding ethico-legal fighi issues. Journal of Taibah University Medical Sciences,2012;7(1):5-12.

الفصل الحادي عشر:

موت الدماغ

موت الدماغ

الحالة الأولى:

شاب يبلغ من العمر ٢٣ عاماً، تعرض لحادث مروري، وأُتيَ به إلى المستشفى وهو في غيبوبة كاملة. أجرى أحد الأطباء الفحص السريري اللازم، فظهر أن المريض في غيبوبة عميقة (Deep coma). وأنه لا يستجيب للاستثارة بالألم، وعيناه لا تتحركان، كما أن ردود الفعل المنعكسة لجذع الدماغ غير موجودة. وُضِعَ المريض على جهاز المنفسة، وفي اليوم التالي بدأ الإعداد للتشخيص النهائي لموت الدماغ.

الحالة الثانية:

شاب يبلغ من العمر ١٩ عاماً، تعرض للغرق في مسبح، وأُتيَ به إلى الإسعاف وهو في غيبوبة عميقة.

بدأ الأطباء بإنعاشه، ووضعه على جهاز المنفسة ومازال في غيبوبة. تساءل الأطباء: هل هو حي أم ميت؟

ماهو الموت؟

يكاد الفقهاء أن يجمعوا على أن الموت هو: مفارقة الروح للجسد. وكما ذكر الشيخ الدكتور بكر أبو زيد رحمه الله: أن حقيقة الموت عند الفقهاء يمكن تلخيصها في أمرين:[1]

(١) . أبو زيد، بكر بن عبد الله. فقه النوازل. المجلد الأول، ص ٢٢٥.



١- مفارقة الروح البدن.

٢- أن حقيقة المفارقة: خلوص الأعضاء كلها عن الروح، بحيث لا يبقى جهاز من أجهزة البدن فيه صفة حياتية.

ويقدم الدكتور محمد نعيم ياسين خلاصة تصور علماء الشريعة عن الروح وعلاقتها بالجسد في نقاط نذكرها مختصرة:

- أن الجسد مسكن الروح، ولا يكتسب وصف الإنسانية إلا بهما معاً.
- أن اهم وظائف الروح: العلم والإدراك والحس والاختيار.
- أن الجسد خادم للروح ينفعل بتوجيهاتها.
- أن الجسد الإنساني لا يصدر عنه أي فعل اختياري إلا بأمر الروح.
- عندما تفارق الروح الجسد يحصل الموت لا محالة.
- أن وجود أي نوع من الحس والإدراك يدل على بقاء الروح في الجسد، وغيابهما يدل على مفارقة الروح للجسد.
- الحركة الاضطرارية لا تدل على اتصال الروح بالجسد.[1]

وكما هو مقرر شرعاً بأن الحياة الإنسانية، لا تكتمل إلا بنفخ الروح في جسد الإنسان، فهكذا فإن مفارقتها للجسد معناه تحقق الموت.

---

(١) ياسين، محمد نعيم: ابحاث فقهية في قضايا طبية معاصرة، ص ٣٧.

علامات الموت عند الفقهاء:

لا توجد نصوص شرعية تبين علامات الموت، عدا شخوص البصر. وذلك في قول الرسول ﷺ: «**إن الروح إذا قبض تبعه البصر**» (١)

وقوله ﷺ: «**إذا حضرتم موتاكم فأغمِضوا البصر، فإن البصر يتبع الروح، وقولوا خيراً، فإنه يؤمن على ما قال اهل الميت**» (٢)

ومع ذلك فقد ذكر الفقهاء علامات كثيرة للموت، ومنها: (٣)

١ - انقطاع النفس.

٢ - استرخاء القدمين.

٣- انخساف الصدغين (أي دخولهما إلى الداخل نتيجة لاسترخائهما).

٤ - سكون الحركة في البدن.

٥ - انفصال الكفين عن الذراعين.

٦ - برودة البدن..، وغيرها من العلامات.

---

(١) صحيح مسلم الصفحة أو الرقم | 920 :خلاصة حكم المحدث] : صحيح. الدرر السنية .
https://2u.pw/YmFdr

(٢) اخرجه ابن ماجه (١٤٥٥)، وأحمد (١٧١٧٦) باختلاف يسير. الدرر السنية .
https://www.dorar.net/hadith/sharh/131587

(٣) الشويرخ، سعد. موت الدماغ. مجلة الجمعية الفقهية السعودية. العدد الحادي عشر، شوال / محرم، ١٤٣٢/١٤٣٣ هـ ص ٢٦٤.

والمطيري، دعيج. الموت الدماغي وتكييفه الشرعي . مجلة الشريعة والدراسات الإسلامية. مجلد ٢٢، عدد ٦٨ (٢٠٠٧)، ص ١٨٠،

وأبو زيد، بكر: مرجع سابق، ص ٢٢٦.

وكما نرى فإن هذه العلامات، علامات ظاهرية، ويمكن ملاحظتها بعد فترة من حدوث الموت. وبعضها لا يمكن التيقن من حدوثها، وتبقى في دائرة الظن. وبعضها قد يكون عارضًا مثل توقف التنفس مثلًا، فيمكن استرجاع النفس خاصة إذا لم يستمر فترة طويلة تؤدي إلى تلف المخ. [١]

الموت من الناحية الطبية:

يناط بالأطباء تشخيص الوفاة، فهم أهل الاختصاص، والأقدر على تحديد ما إذا كان الشخص ميتاً أم لا، فما هو الموت من الناحية الطبية؟ وكيف يمكن تحديده؟

كان الموت يعرف لعدة قرون بالتوقف الدائم للتنفس ونبض القلب، أي فشل جهاز الدورة الدموية والجهاز والتنفسي، حتى تمكن الأطباء من استعمال أجهزة التنفس الصناعي وأجهزة تنظيم ضربات القلب وإعادتها إلى وضعها الطبيعي، مما فرض إعادة النظر في هذا المعيار طالما أنه يمكن أن تستمرحياة الإنسان بعد إنعاشه، ويُعبر عن هذا الموت بالموت الجسدي حيث يموت الجسد كاملاً.

وليس هناك صعوبة في تشخيص الموت في هذه الحالة، إلا أن بعض مظاهره قد تخفى، أو تلتبس على من ليس لديه ملاحظة قوية، مثل عدم قدرته على جس النبض في المكان المناسب، أو صعوبة التأكد من توقف التنفس تماماً.

---

(١) البار، محمد علي. الحياة الإنسانية: متى تبدا ومتى تنتهي؟ . دار القلم. الطبعة الأولى.١٤٢٥ هـ، ص ١٣٥.

أما الإنتظار حتى تظهر العلامات الأخرى للموت الجسدي، مثل تيبس الجسد، والتعفن فتُعدُّ علامات متأخرة جدًا، ويستدعي عدم الإنعاش على الإطلاق، إلا عندما يكون الحدث قريبًا، [١] وهنا يطبق مبدأ "أنعش ثم قوّم الوضع مرة أخرى".

ومع التقدم التقني، وإمكان إعادة التنفس ونبضات القلب إلى وضعها الطبيعي باستخدام أجهزة الإنعاش لم يعد معيار الموت الجسدي مناسباً، ولم يعد من المناسب الانتظار، بل لا بد من التدخل السريع لإنقاذ المريض في حال توقف القلب والتنفس، وبأسرع وقت ممكن. ومن هنا جاء التذكير بمعيار جديد وهو موت الجهاز العصبي، أو "موت الدماغ".

وأول من لفت الانتباه لهذا المعيار الجديد طبيبان فرنسيان، نشرا مقالات علمية عام ١٩٥٩م بعد عدة أبحاث، وأطلق على الحالة التي يحصل فيها غيبوبة شديدة وتوقف التنفس: "ما بعد الغيبوبة" [٢] Coma depasse.

وقد استمر الاهتمام بهذا المعيار فترة طويلة حتى أقرها المؤتمر الثاني للأخلاق الطبية لجمعية الأطباء الذي انعقد في باريس عام ١٩٦٦م؛ بأن معيار الموت هو الموت الكامل للدماغ. [٣]

---

(1) Gardiner D, Shemie S, Manara A, Opdam H. International perspective on the diagnosis of death. Br J Anaesth. 2012 Jan;108 Suppl 1:i14-28. doi: 10.1093/bja/aer397. PMID: 22194427.

(2) IBID.

(٣) الجندي، ابراهيم صادق. الموت الدماغي. أكاديميةنايـف العربية للعلوم الأمنية بالرياض الطبعة الأولى، ١٤٢٢هـ، ص ٤١.

وفي العام الذي يليه (١٩٦٧م) تم الاعتراف لأول مرة بشكل شبه قاطع على أن حقيقة الموت هي توقف وظائف المخ بصفة نهائية لا رجعة فيها.(١)

وفي نفس العام نجح البروفيسور الفرنسي "كريستيان برنارد" في إجراء أول علمية نقل قلب من إنسان، وُصِف بأنه ميت دماغياً إلى مريض آخر بأحد المستشفيات بجنوب أفريقيا. (٢) وفي العام الذي تلاه، نُشرت أول وثيقة لوضع المواصفات الطبية السريرية الخاصة بتحديد موت الدماغ، وهي لجنة كلية الطب بجامعة هارفارد. (٣) وتلاها ميثاق سيدني للجمعية الطبية العالمية فرق فيه بين الموت على المستوى الخلوي (على مستوى الخلايا) وموت الإنسان كاملاً، وأكدت على أن إثبات الوفاة هو شأن طبي منوط بالأطباء وحدهم، غير أن هذه الوثيقة لم تبرز مواصفات لتشخيص موت الدماغ. (٤)

تشخيص موت الدماغ:

يتم تشخيص موت الدماغ عندما يكون المريض في حالة إغماء عميقة. وتبقى الدورة الدموية والتنفس تعملان باستخدام التنفس الصناعي، وبعض

---

(١) طه، محمود أحمد. المسؤولية الجنائية في تحد لحظة الوفاة، ص ٣٧.

(2) Stolf Noedir A. G.. History of Heart Transplantation: a Hard and Glorious Journey. Braz. J. Cardiovasc. Surg. [Internet]. 2017 Oct [cited 2020 Oct 26] ; 32(5): 423-427. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382017000500423&lng=en. https://doi.org/10.21470/1678-9741-2017-0508 .

(٣) . الجندي، ابراهيم: مرجع سابق، ص ٤١.

(4)Machdo C, Korein J, Portelal, de la Gracio M, etal. The declation of sysdne on human death. J Med Ethics 2007; 33:699-703.

الأدوية التي تُبقي القلب يعمل، وضغط الدم في وضع طبيعي.

في هذه الحالة، وتحت هذه الظروف فقط، يتم تشخيص موت الدماغ.

وهناك مواصفات سريرية دقيقة لتشخيص موت الدماغ، وهي كما يأتي:

أولاً: الشروط المسبقة لتشخيص موت الدماغ:

١- وجود شخص مغمى عليه إغماءً عميقاً أو كاملاً إثر إصابة شديدة في المخ معروفة السبب بدقة من عهد قريب مع توقف التنفس.

٢- استبعاد أي سبب آخر للإغماء يمكن أن يتشابه مع موت الدماغ، وأنه سبب له، مثل استخدام الأدوية التي تثبط الجهاز العصبي، أو الأدوية المرخية للعضلات، أو وجود أي اضطراب في الشوارد (electrolytes)، أو أي اضطراب في وظائف الغدد الصماء، أو انخفاض درجة حرارة الجسم، وغيرها من الأسباب.

٣- عدم الحركة التلقائية (مدرسة هارفارد).

ثانياً: فحص الجهاز العصبي سريرياَ

- يجب أن يكون المريض في غيبوبة عميقة (٣ درجات على مقياس جلاسجو للغيبوبة (Glasgow Coma Scale).
- غياب الأفعال المنعكسة من جذع الدماغ.
  - أن يكون بؤبؤ العين ثابتًا ولا يستجيب عند تعريضه للضوء.
  - غياب الأفعال المنعكسة من القرنية (Corneal reflexes).

- عدم الاستجابة بأي حركة في الوجه أو الأطراف نتيجة الضغط على منطقة فوق حجاج العين (فوق العين مباشرة).
- غياب التهوع (gaaging) أو الكحة عند لمس باطن الحلق الخلفي بملعقة أو لمس الحنجرة أو القصبة الهوائية بواسطة القثطرة، أو الشفط من القصبة الهوائية.
- غياب المنعكس الدهليزي للعين (Occulo-vestibular reflex) وذلك بعدم استجابة العين بالحركة بعد وضع الثلج مع الماء البارد داخل الأذن.

ثالثاً: فحص عدم التنفس Apnea test

ومن متطلبات هذا الفحص أن يكون المريض:

- لديه ضغط دموي طبيعي
- درجة حرارة طبيعية (أكثر من 35.5 درجة مئوية).
- لا يعاني من نقص الأوكسجين في الدم.
- يكون ضغط ثاني أكسيد الكربون طبيعياً في الدم الشرياني (٣٥ – ٤٥ مليمتر زئبقي).
- أن لا يكون لديه ما يثبت وجود تجمع لثاني أكسيد الكربون قبل الفحص.

وهناك إجراءات دقيقة لعمل هذا الفحص يمكن الرجوع إليها لمن أراد الاستزادة.[1]

---

(1) National health service A-ZHealth. https://www.nhs.uk/conditions/brain-death/diagnosis/

فإذا لم يستطع المريض أن يتنفس تلقائياً في أثناء هذا الفحص، فهذا يعني أن مركز التنفس في جذع الدماغ قد تأثر تأثراً بالغاً.

الفحوص التأكيدية أو المساعدة:

لا يمكن الجزم بموت الدماغ بمجرد الفحص السريري للجهاز العصبي بالمواصفات التي ذكرناها، فكثير من المراكز الطبية والدول تشترط ضرورة إجراء فحوص تأكيدية، مع اختلافها في عددها ونوعيتها بين مشدد ومتساهل.[١]

ومن هذه الفحوص التأكيدية ما يأتي:

١- تخطيط المخ (EEG)، حيث يجب أن يكون مسطحًا، ولا يظهر أي أثر لنشاط كهربائي في الدماغ.

٢- التأكد من عدم وصول التروية الدموية إلى الدماغ، وذلك بتصوير الأوعية الدموية (الأوعية الدماغية)، إما باستخدام النويدات المشعة (Radionuclides) أو تصوير الأوعية بالرنين المغناطيسي. أو التصوير بالموجات الصوتية عبر الجمجمة Transcranial sonography وغيرها من الوسائل المناسبة والمتاحة.

---

(1) Gardiner D, Shemie S, Manara A, Opdam H. International perspective on the diagnosis of death. Br J Anaesth. 2012 Jan;108 Suppl 1:i14-28. doi: 10.1093/bja/aer397. PMID: 22194427.

Richard B. Arbour; Brain Death: Assessment, Controversy, and Confounding Factors. Crit Care Nurse 1 December 2013; 33 (6): 27–46. doi: https://doi.org/10.4037/ccn2013215.

Wijdicks EF, Varelas PN, Gronseth GS, Greer DM; American Academy of Neurology. Evidence-based guideline update: determining brain death in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2010 Jun 8;74(23):1911-8. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181e242a8. PMID: 20530327.

وهكذا يتبين أن تشخيص موت جذع الدماغ أو الدماغ كاملاً يتم من خلال خطوات دقيقة، ولا يُترك فيها الأمر لمجرد الظن. والسؤال: هل هناك إشكالات تثور حول تشخيص موت الدماغ من الناحية العلمية والعملية؟

هذا ما سنُجيب عنه في السطور الآتية:

إشكالات عملية حول تشخيص موت الدماغ:

أولاً: يعتمد تشخيص موت الدماغ بدقة على خبرة الطبيب الذي يجري الفحوص السريرية، وبالرغم من أن كثيراً من الأنظمة والمؤسسات الصحية والإرشادات المحلية والدولية تقصر هذه الفحوص السريرية على المختصين بالأمراض العصبية، والمختصين بالعناية الحرجة؛ إلا أن هناك إشكالات حول فحص المنعكسات من جذع الدماغ، والتي قد لا يجيدها الكثير نظرًا لندرة حدوثها وقلة خبرتهم في فحصها.

ثانيًا: ضعف التحضير الجيد لفحص التنفس: يُعدّ فحص عدم التنفس أحد أهم الفحوص التي تجرى للتأكد من موت جذع الدماغ، ومن ذلك:

- أن يكون تركيز الأوكسجين المُعد لتزويد المريض به ١٠٠٪، ويُعطى لمدة عشر دقائق، وأن يتم التأكد من أن المريض لا يعاني من انخفاض ضغط الدم.

- أن لا يكون لدى المريض نقص في سوائل الجسم.
- أن لا يكون لديه انخفاض في حرارة الجسم.
- أن يكون مستوى ضغط ثاني اكسيد الكربون طبيعياً (٣٥ – ٤٥ مليمتر زئبقي).
- أن لا يكون لدى المريض نقص في الأوكسجين.
- أن لا يكون لديه أمراض تؤدي إلى الاحتفاظ بثاني أكسيد الكربون مثل التهاب الشعب الهوائية الإنسدادي المزمن (COPD). [١]

وهناك تفصيلات أخرى عند إجراء هذا الفحص لم نرد التوسع فيها، ومهم جداً لمن سيقوم بهذا الفحص من أصحاب الاختصاص أن يعرفها.

ثالثاً: مشكلة زيف فحوص موت الدماغ إيجابياً أو سلبياً، مثل وجود بعض العلامات التي قد يُظَن أن سببها موت الدماغ، وهي ليست كذلك، كما يحدث في حالات التسمم.

وعلى عكس ذلك وجود نشاط للمخ في التخطيط، أو وجود ما يدل على سلامة التروية الدماغية مع أن الشخص ميت دماغياً. [٢]

رابعاً: الخطأ في قراءة بعض الفحوص التأكيدية المساعدة، مثل فحص

---

(1) Busl KM, Greer DM. Pitfalls in the diagnosis of brain death. Neurocrit Care. 2009;11(2):276-87. doi: 10.1007/s12028-009-9231-y. Epub 2009 May 15. PMID: 19444652.

(2) Wlijdicks EFM. Pitfalls and slip-ups in brain death determination. Neurology research, 2013; 35:169-173.

المسح النووي (Nuclear Scan) لمعرفة التروية الدماغية ومثل تأثر بعض الفحوص بوجود أمراض معينة، أو وضع المريض على أجهزة معينة.[١]

وهكذا نجد أنه بالرغم من وضوح الدلائل والقرائن على موت جذع الدماغ وإمكان إجراء الفحص الطبي إلا أن هناك صعوبات وإشكالات حول إجراء هذه الفحوص، وكذلك الفحوص التأكيدية.

خامسًا: الاختلافات في التطبيقات بين الدول في إجراءات تشخيص موت الدماغ، فمثلاً هناك دول لديها نظام واضح وبروتوكولات واضحة لتشخيص موت الدماغ، وأخرى ليست كذلك. كما أن بعض هذه البروتوكولات لا تتماشى مع المواصفات المقررة لتشخيص موت الدماغ مثل عدد مرات الفحص، والمدة الزمنية بين الفحوص وإجراءات فحص عدم التنفس وغيره، وإجراء الفحوص التأكيدية.[٢]

مفهوم الحياة المستقرة وغير المستقرة:

يرى الفقهاء أن الحكم بموت الشخص لا بد أن تنعدم فيه أمارات الحياة،

---

(1) Busl KM, Greer DM. Pitfalls in the diagnosis of brain death. Neurocrit Care. 2009;11(2):276-87. doi: 10.1007/s12028-009-9231-y. Epub 2009 May 15. PMID: 19444652.

(2) Wahleste S, Wijdicks EFM. Patel PV, Greer. DM, et al, Brain death declaration. Neuology, 2015; 84:1870-1879.

- Citerio G, Murphy PG. Brain death: the European perspective. Semin Neurol. 2015 Apr;35(2):139-44. doi: 10.1055/s-0035-1547533. Epub 2015 Apr 3. PMID: 25839722.

فلو لم تكن فيه حياة مستقرة، بل كالحركة اليسيرة والتنفس اليسير، فلا يُعلم بذلك استقرار حياته. [١]

وقد تكلم الفقهاء الأقدمون عن ثلاثة أنواع من الحياة لها علاقة بموضوعنا وهي: الحياة المستمرة، والحياة المستقرة، وعيش المذبوح. فالحياة المستمرة كما يذكر بدر الدين الزركشي، في كتابه "المنثور في القواعد" هي الباقية حتى انقضاء الأجل. والحياة المستقرة، هي: أن تكون الروح في الجسد، ومعها الحركة الاختيارية دون الاضطرارية. فالحركة الاضطرارية ليست دليلاً على بقاء الحياة، فلابد من وجود الحركة الإختيارية، ثم يقول: وأما حياة المذبوح، وهي التي لا يبقى معها إبصار ولا نطق ولا حركة إختيارية...

فإذا انتهى الإنسان الى هذه الحالة لم يعد حياً، كما هو مفهوم من كلامه، ولذلك قال: فإذا أجهز عليه إنسان لا يجب القصاص من القاتل في هذه الحالة [٢] ومثله نُقل عن الرملي في كتابه "نهاية المحتاج"، وسماها حالة اليأس. [٣]

ويُستنتج من هذا أن من فقد الإدراك والنطق والبصر والإحساس؛ فإن حركته لا اعتبار لها رغم أن قلبه لازال ينبض، ودورته الدموية ومعظم أجزاء جسمه لا تزال تعمل.

---

(١) البار، محمد علي. الحياة الإنسانية: مرجع سابق، ص ١٢٠.

(٢) الزركشي، بدر الدين. المنثور في القواعد، ص ١٥٦ http://www.islamicbook.ws/asol/almnthwr-fi-alqwaad-.pdf

(٣) الشويرخ، سعد: مرجع سابق، ص ٢٩٠.

وبهذا يُفهم أن الحركات الاضطرارية ليست دليلاً على الحياة، وليس فيها أثر للروح.

والسؤال هنا: هل يمكن اعتبار الميت دماغيًا، والذي فقد الوعي والإدراك والإحساس والحركة الاختيارية في حكم المذبوح؟ فهو ميت بهذا الاعتبار.

يقول الدكتور محمد نعيم ياسين:

"وهذا الذي ذهب إليه الفقهاء في هذه المسألة يُشير إلى أنهم اعتبروا الإحساس والحركة الاختيارية علامات تُورث غلبة الظن بوصول المجني عليه إلى مرحلة الموت، وأن الحركة الإضطرارية الصادرة من المجني عليه لا تعطي غلبة الظن ببقاء الروح في الجسد، ولم تُقرن بأي نوع من الإحساس أو الحركة الاختيارية. [(١)]

ويستطرد الدكتور محمد علي البار تعليقًا على ذلك فيقول:

"وما يهمنا هنا هو أن الفقهاء لم يجعلوا الحركة الاضطرارية دليلًا على وجود الروح، بل على العكس من ذلك. كما أنهم لم يجعلوا انتظام ضربات القلب ووجود الدورة في الجنين دليلًا على نفخ الروح فيه."[(٢)]

ثم يعلق على عدم اعتبار الفقهاء الدورة الدموية دليلًا على وجود الروح عند الجنين، بأنه مطابق لما يراه الأطباء من أن القلب يمكن أن يستمر بالنبض،

---

(١) محمد نعيم ياسين: ابحاث فقهية ص ٣٥.
(٢) البار، محمد علي، مرجع سابق، ١٢٩.

وكذلك الدورة الدموية بمساعدة المنفسة والعقاقير، ولا يعتبر ميتًا، مع أنه ميت دماغيًا حسب شروط تشخيص موت الدماغ. [(١)]

ويعلق الدكتور الشويرخ على رؤية الفقهاء في هذه المسائل بقوله: " وهـذا يقتضي عـدم اعتبارهـم للحركـة الاضطراريـة، وأن الحكم بالمـوت مبني على فقد الإحسـاس، والحركـة الإرادية، وهـذا متحقق فيمن مات دماغه"، [(٢)] فهو يتفق مع رأي الدكتور البار.

معطيات جديدة حول موت الدماغ

فرض التقدم العلمي والأبحاث والملاحظات السريرية في العقود الآخيرة مستجدات متعلقة بفهم موت الدماغ، مما أعاد السؤال مرة آخرى: "هل يمكن أن يكون موت جذع الدماغ مكافئاً للموت الجسدي الذي لا خلاف عليه، أو موتَ كاملِ الدماغ؟

لقد بُني تشخيص موت الدماغ في الأصل على مفهوم "ما بعد الإغماء" "Coma Depasse" والذي عُرف منذ ما يقارب نصف قرن من الزمن (١٩٥٩م). أما في ضوء التطورات الحديثة في فهم تركيب الدماغ ووظائفه، خاصة ما يتعلق بالإغماء، فقد ظهرت مفاهيم جديدة، منها على سبيل المثال:

---

(١) البار، محمد علي، مرجع سابق، ١٣٠.

(٢)الشويرخ، سعد: مرجع سابق، ص ٢٩٠.

- أن حالة الإدراك الواعي (Conscious awareness) ليست نوعاً واحداً ذا صفة ثابتة، بل يمكن أن يكون – كما هو مشاهد – عبارة عن عملية مستمرة "Continuum"، ويمكن تصنيف حالة الإدراك الواعي إلى ثلاث فئات وهي: الغائبة تماماً (ولا رجعة بعدها)، والحالة الكامنة (التي يمكن أن تعود إلى الوضع السابق)، والحالة الخفية، وهي حالة وعي إدراكي موجودة، لكن ليس من الممكن تبينها أو كشفها وتمييزها.

وظهر مصطلح جديد نتيجة لذلك وهو "اضطرابات الوعي" بدلاً من "ما بعد الإغماء"، مما يعني أنه ليس كل حالات الإغماء العميق بنفس الصفات والدرجة. [١]

ومن ذلك صعوبة التأكد من توقف جميع وظائف الدماغ، ومنها وظائف جذع الدماغ. [٢]

ومن ذلك ما تم التوصل إليه من أن حالة الوعي الإدراكي الكامنة يمكن أن تستمر حتى مع غياب الاستجابة الحركية للحث الخارجي، كالضغط على الصدر أو فوق العين، وهي حالة كما ذكرنا يصعب تمييزها سريرياً. [٣]

---

(1) Verheijde JL, Rady MY, Potts M. Neuroscience and Brain Death Controversies: The Elephant in the Room. J Relig Health. 2018;57(5):1745-1763. doi:10.1007/s10943-018-0654-7

(2) **Ibid**

(3) Edlow BL, Chatelle C, Spencer CA, Chu CJ, Bodien YG, O'Connor KL, Hirschberg RE, Hochberg LR, Giacino JT, Rosenthal ES, Wu O. Early detection of consciousness in patients with acute severe traumatic brain injury. Brain. 2017 Sep 1;140(9):2399-2414. doi: 10.1093/brain/awx176. PMID: 29050383; PMCID: PMC6059097.

كما أن بعض المصابين بالحالة النباتية، وُجد أنهم واعون بالرغم أنه يبدو للفاحص أنهم لا يستجيبون، [١] مما يعني أن الفحص الإكلينيكي من خلال فحص السلوك والحركة لا يستطيع أن يقدر الوظائف الإدراكية على وجهها الصحيح، [٢] وذلك على النقيض مما يمكن أن يظهره فحص التصوير العصبي (Neuroimaging)، ويعني هذا أن البروتوكولات التي لا تتطلب توقف جميع وظائف الدماغ، وتكتفي بالفحوص الأخرى قد لا تكون كافية للحكم على الميت دماغياً أنه ميت فعلاً.

إضافة إلى ذلك فقد تم رصد إعادة بناء الخلايا في بعض أجزاء الدماغ. [٣] وهناك مفهوم آخر جديد حول الخلايا العصبية في الدماغ، وهي فكرة اللدونة (Neuroplasticity) أي المرونة (أو المطاوعة العصبية)، وهي تعني لدونة الجهاز العصبي التي تعطيه القدرة على إعادة بناء التوصيل العصبي، وإعادة بعض الوظائف الدماغية لدى المصابين بإصابات دماغية بالغة. [٤]

إن مثل هذه الملاحظات والدراسات قد تثير بعض التساؤلات حول

---

(1) Fernandet-Espejio D, Rossits S, owen AM. A Thalamocortical Mechanism for the Absence of Overt Motor Behavior in Covertly Aware Patients . JAMA Neurology Published online October 19, 2015 .
https://2u.pw/LNJa3

(2) Stafford CA, Owen A M and, Frenandez-espejo D. the neural basis for external responsiveness in prolonged disorders of consciousness. Neuroimaging: clinical, 2019 (:22):101791

(3) Huang W, Wannez S, Fregni F, Hu X, Jing S, Martens G, He M, Di H, Laureys S, Thibaut A. Repeated stimulation of the posterior parietal cortex in patients in minimally conscious state: A sham-controlled randomized clinical trial. Brain Stimul. 2017 May-Jun;10(3):718-720. doi: 10.1016/j.brs.2017.02.001. Epub 2017 Feb 16. PMID: 28259543.

(4) Verheijde JL, Rady MY, Potts M. Neuroscience and Brain Death Controversies: The Elephant in the Room. J Relig Health. 2018;57(5):1745-1763. doi:10.1007/s10943-018-0654-7

مصداقية المواصفات والمعايير المستخدمة لتشخيص موت الدماغ، واعتباره موتاً كاملاً، ويجعل موضوع اللارجعة أمرًا مشكوكًا فيه. فمثلاً إذا كان عدم الاستجابة السلوكية/ الحركية لا يتساوى مع فقدان الوعي؛ فإن هذا يجعل من الصعب الركون إلى مجرد عدم الاستجابة كمعيار.

أما بالنسبة لفحص توقف التنفس (Apnea Test) فدرجة حساسيته (Sensitivity) وخصوصيته (Specificity) محل نظر. [١]

بل تكاد لا تخلو كل مرحلة من مراحل تشخيص موت الدماغ من مزلق يجعل الجزم بالتشخيص صعبًا. [٢]

وقد يترتب على هذه الملاحظات الحاجة إلى إعادة النظر في معايير تشخيص الموت الدماغي المعمول بها حالياً، واعتباره مساوياً للموت الجسدي.

نقاشات حول مفهوم الموت وموت الدماغ

يمكن القول بأنه تم في العقود الأخيرة إعادة النظر في اعتبار معيار موت الدماغ موتًا محققًا بالفعل. ولقد أصبحنا اليوم أمام ثلاثة معايير للموت، وهي:

١. معيار توقف القلب والدورة الدموية والتنفس.

---

(1) **Ibid.**

(2) Busl KM, Greer DM. Pitfalls in the diagnosis of brain death. Neurocrit Care. 2009;11(2):276-87. doi: 10.1007/s12028-009-9231-y. Epub 2009 May 15. PMID: 19444652.

- Hanley DF. Brain death: an update on the North American viewpoint. Anaesth Intensive Care. 1995 Feb;23(1):24-5. doi: 10.1177/0310057X9502300106. PMID: 7778743.

٢. معيار موت الدماغ (موت الدماغ كاملًا، بما فيه جذع الدماغ) أو فشل الدماغ.

٣. معيار موت الجزء الأعلى من الدماغ (قشرة الدماغ)، حيث يرى مؤيدو هذا المعيار أن الوظائف المهمة كالذاكرة، والوعي، والشخصية هي التي تمثل كيان الإنسان وشخصيته، وبالتالي إنسانيته، فإذا فقدت، فقد الإنسان شخصيته وأصبح ميتًا [(١)]

ومن الواضح أن المعيار الأول كان هو السائد والمتفق عليه في الماضي، حتى أصبح من الممكن إعادة نبض القلب والدورة الدموية واستبدال عملية التنفس بالتنفس الصناعي (باستخدام المنفسة)، وهنا كان لابد من معيار مختلف، وهو المعيار الثاني.

وقد ظل معيار موت الدماغ -بالرغم من الخلاف حوله- شائعًا، ويحظى بدرجة معقولة من القبول في الأوساط الطبية، وحتى عند فلاسفة الأخلاق والفقهاء المعاصرين، وساهم إلى حد كبير في نمو زراعة الأعضاء الآدمية وتطورها.

إلا أن هذا المعيار شهد في العقود الأخيرة موجة من التشكيك، وجدلًا واسعًا بين مؤيديه ومعارضيه حول اعتباره كافيًا معيارًا للموت.

---

(1) Sarbey B. Definitions of death: brain death and what matters in a person. J Law Biosci. 2016 Nov 20;3(3):743-752. doi: 10.1093/jlb/lsw054. PMID: 28852554; PMCID: PMC5570697.

ولوضع تعريف جديد للموت باستخدام معيار جديد، فلابد أن يكون مفهوم الموت واضحًا، وتحديد المعيار لتشخيصه، وأن تكون الفحوص التي تجرى للوصول إلى هذا التشخيص وافية لهذا الغرض.

والحديث هنا عن معيار موت الدماغ كاملًا، والذي عرف بأنه فقدان الوحدة التكاملية للكائن عامة (Loss of integrative unity of the organism a whole)

ولقد استعيض عن مسمى موت الدماغ بـ "فشل الدماغ"، ربما ابتعادًا عن لوازم كلمة "موت"، واعتبر أنه في الحالة التي يفشل فيها الدماغ كاملًا (بما فيه جذع الدماغ) فشلًا لا رجعة فيه، حصل فقدان الوحدة التكاملية للإنسان واعتبر ميتًا.[(١)]

لقد اعتبر الدماغ هو المسؤول الأوحد والمنسق لما يعرف بـ " الوحدة التكاملية" في الجسم، فما المقصود بها؟ وهل هذا سائغ من الناحية العلمية؟

ومفهوم الوحدة التكاملية مفهوم معقد، نظرًا لتشابك الوظائف الحيوية في الكائن الحي، ولكن يمكن تبسيطه بأن نقول:

إن الكائن الحي يمتلكها إذا امتلك نظامًا على مستوى شامل، ناتجًا عن

---

(1) President's Council on Bioethics. . 2008. Controversies in the Determination of Death: A White Paper. Washington, DC: The President's Council on Bioethics.

Bernat JL. A defense of the whole-brain concept of death. Hastings Cent Rep. 1998 Mar-Apr;28(2):14-23. PMID: 9589289.

التفاعل بين أجزائه [١]، وطالما أن هذا النظام قائم بشكل شمولي، فالكائن الحي يعتبر حيًا. وإذا انفرط عقد هذا النظام كاملًا اعتبر الكائن الحي ميتًا.

ويرى الدكتور ألان شيمون ـ وهو أحد أشد المعارضين لمساواة موت الدماغ بالموت الجسدي ـ بأن الدماغ ليس هو السيد المسيطر على هذه الوحدة التكاملية (أيده في ذلك المجلس الرئاسي)، [٢] ومن ثم لا يمكن اعتبار فشله أو موته موتًا كاملًا.

وإنما هي وحدة تكاملية تشترك فيها أعضاء أخرى، ولا يوجد مكون واحد من مكونات الجسد ينفرد بهذه الخاصية، وإنما هي وظيفة مجموعة من أجزاء الجسم. [٣]

لقد أثبتت بعض الدراسات أن فقدان وظائف الدماغ لا يتبعها بالضرورة فقدان وحدة الكائن الحي، ويستدل على ذلك بما يأتي:

١. بقاء بعض الموتى دماغيًا أحياء لفترة طويلة، بمساعدة الأجهزة، وصلت في بعض الحالات إلى سنوات، خاصة لدى صغار السن. [٤]

٢. ثبت لدى مجموعة ممن تم تشخيصهم بموت الدماغ وجود جملة من

---

(1) Shewmon AD. The brain and somatic integration: insights into the standard biological rationale for equating "brain death" with death. J Med Philos. 2001 Oct;26(5):457-78. doi: 10.1076/jmep.26.5.457.3000. PMID: 11588655.
(2) President's Council on Bioethics. 2008. Controversies in the Determination of Death: A White Paper. Washington, DC: The President's Council on Bioethics. P 40.
(3) **Ibid**.
(4) Shewmon DA. Chronic "brain death". Neurology. 1998;51(6):1538-1545. doi: 10.1212/WNL.51.6.1538.

الوظائف الحيوية التي لم تتوقف، وكذلك بقاء قدرة الجسم على التفاعل مع ما حوله، وما طرأ عليه. ومن ذلك على سبيل المثال: استمرار التوازن الجسدي الفسيولوجي، وتوازن السوائل والشوارد (الأملاح)، وبقاء وظائف الكبد والكليتين، والقلب وجهاز الغدد الصماء، واستمرار ضبط حرارة الجسم.

ومنها أيضًا قدرة الجسم على التخلص من الفضلات والسموم، والقدرة على التئام الجروح، ومقاومة العدوى، واستمرار النمو الجنسي لطفل ميت دماغيا، وغيرها من دلائل الحياة.[١]

واستدل من هذا على أن الدماغ ليس منشئ التكامل في الجسم، ولا سيده، وإنما هو محسن لهذا التكامل.[٢]

٣. لا يوجد فرق بين الميت دماغيًا والمصاب بإصابة بالغة في منطقة عليا من

---

(1) Verheijde JL, Rady MY. The lack of scientific evidence in clinical practice guideline in brain death determination: Implications for organ donation and transplantation. Indian J Crit Care Med. 2014 Sep;18(9):555-7. doi: 10.4103/0972-5229.140136. PMID: 25249736; PMCID: PMC4166867.
Shewmon AD. The brain and somatic integration: insights into the standard biological rationale for equating "brain death" with death. J Med Philos. 2001 Oct;26(5):457-78. doi: 10.1076/jmep.26.5.457.3000. PMID: 11588655.
Brugger EC. D. Alan Shewmon and the PCBE's White Paper on Brain Death: are brain-dead patients dead? J Med Philos. 2013 Apr;38(2):205-18. doi: 10.1093/jmp/jht009. Epub 2013 Mar 4. PMID: 23459179.
Verheijde JL, Rady MY, Potts M. Neuroscience and Brain Death Controversies: The Elephant in the Room. J Relig Health. 2018 Oct;57(5):1745-1763. doi: 10.1007/s10943-018-0654-7. PMID: 29931477; PMCID: PMC6132575.

(2) Shewmon AD. The brain and somatic integration: insights into the standard biological rationale for equating "brain death" with death. J Med Philos. 2001 Oct;26(5):457-78. doi: 10.1076/jmep.26.5.457.3000. PMID: 11588655.

الحبل الشوكي، ويبقى الفرق بينهما متعلقا بالوعي، وهي وظيفة الجزء الأعلى من الدماغ. (١)

٤. أن الفحوص التي تجرى لتشخيص موت الدماغ في بروتوكولات التشخيص المعتمدة ليست شاملة، بحيث تغفل بعض الفحوص التي تدل على وجود نشاط في المخ مثل البروتوكولات التي لا تشترط فحص كهربائية الجزء الأعلى من الدماغ (٢)، كما أنها ليست شاملة لجميع وظائف الدماغ، حيث تبقى بعض وظائف الدماغ سليمة لدى بعضهم. (٣)

٥. خطورة فحص وقف التنفس، حيث إن هذا الفحص يؤدي إلى انخفاض الضغط والذي سيؤدي بدوره إلى تسريع عملية اللارجعة في تلف الدماغ، مما يطعن في إجراءات التشخيص من حيث المبدأ. (٤)

٦. يوجد ما يدل على نشاط المخ عند المشخصين بموت الدماغ، فمثلًا وجد نشاط لكهربائية الدماغ بما وصل نسبته من ٢٠-٢٣٪ من الحالات. (٥)

---

(1) Joffe AR. The neurological determination of death: what does it really mean? Issues in law & Medicine. 2007 ;23(2):119-140.

(2) Shewmon, D.. (2018). Brain Death: A Conclusion in Search of a Justification. Hastings Center Report. 48. S22-S25. 10.1002/hast.947.

(3) Truog RD, Paquette ET, Tasker RC. Understanding Brain Death. JAMA. 2020 Jun 2;323(21):2139-2140. doi: 10.1001/jama.2020.3593. PMID: 32356868.

(4) Coimbra, Cicero. (2000). Implications of ischemic penumbra for the diagnosis of brain death. Brazilian journal of medical and biological research = Revista brasileira de pesquisas médicas e biológicas / Sociedade Brasileira de Biofísica ... [et al.]. 32. 1479-87. 10.1590/S0100-879X1999001200005.

(5) Grigg MM, Kelly MA, Celesia GG, Ghobrial MW, Ross ER. Electroencephalographic activity after brain death. Arch Neurol. 1987 Sep;44(9):948-54. doi: 10.1001/archneur.1987.00520210048018. PMID: 3619714.
Pallis C. ABC of brain stem death. Prognostic significance of a dead brain stem. Br Med J (Clin Res Ed). 1983;286(6359):123-124. doi:10.1136/bmj.286.6359.123

٧. كثير من المنعكسات من جذع الدماغ ليس لها علاقة بالوعي ولا بالتنفس، ويمكن أن يكونا موجودين بدونها. [١]

٨. إن جذع الدماغ ليس المنظم الوحيد للتنفس، فمثلا المريض المشخص بـ " الحياة النباتية" ولديه شلل في الحجاب الحاجز؛ لايستطيع التنفس مع أن جذع الدماغ سليم. [٢]

٩. إن بعض المصابين بموت الدماغ، لا يوجد لديهم أي تلف في الجزء الأعلى من الدماغ. [٣]

١٠. إنه من غير الممكن تشخيص موت الدماغ كليًا أو فشل الدماغ من الناحية السريرية في المغمى عليه لأن الموصلات من وإلى قشرة الدماغ التي تمر عبر جذع الدماغ قد أصابها عطب كبير أو فقدت وظائفها.[٤]

١١. إن الفحوص التأكيدية لا يوجد منها ما يحمل درجة دقة تصل إلى ١٠٠٪ بمفرده، إضافة إلى غياب أي معيار ذهبي يمكن استخدامه مرجعية للتشخيص والتعويل عليه، مما يجعل التأكد من النتائج أمرًا مشكوكًا فيه. [٥] كما قد تتطلب الفحوصات طريقة معينة، لا يلتزم بها الفاحصون. [٦]

---

(1) Shewmon DA. "Brainstem death," "brain death" and death: a critical re-evaluation of the purported equivalence. Issues Law Med. 1998 Fall;14(2):125-45. PMID: 9807242.

(2) Ibid

(3) Ferbert A, Buchner H, Ringelstein EB, Hacke W. Isolated brain-stem death. Case report with demonstration of preserved visual evoked potentials (VEPs). Electroencephalography and Clinical Neurophysiology. 1986 Mar;65(2):157-160. DOI: 10.1016/0168-5597(86)90049-3.

(4) Karakatsanis KG. 'Brain death': should it be reconsidered? Spinal Cord. 2008 Jun;46(6):396-401. doi: 10.1038/sj.sc.3102107. Epub 2007 Aug 14. PMID: 17700512.

(5) Karakatsanis KG . "Brain dead" Patients: Critically Ill or Dead? A Potential Answer to the Problem. J Intensive & Crit Care 2016, 2:2.

(6) Joffe AR, Lequier L, Cave D. Specificity of Radionuclide Brain Blood Flow Testing in Brain Death: Case Report and Review. *Journal of Intensive Care Medicine*. 2010;25(1):53-64. doi:10.1177/0885066609355388

١٢. الطعن في مصداقية الفحوص التي تجرى للتأكد من موت الدماغ ونقطة اللارجعة للدماغ كليًا، ومنه جذع الدماغ، وغيرها من الفحوص. [(١)]

١٣. صعوبة اختبار محتوى الوعي (awareness) في المتوفين دماغيا، لأن الوعي خبرة ذاتية غير موضوعية. [(٢)]

١٤. عند إعداد الميت دماغيًا لانتزاع الأعضاء لزراعتها في آخرين يلجأ الأطباء إلى التخدير الكلي، على خلاف بينهم، وإعطاء مرخيات العضلات وغيرها. [(٣)] فإذا كان المتوفى دماغيًا ميتًا، فلماذا يحتاج إلى التخدير، وإذا كان يحس فإنه لايزال حيًا.

١٥. تفاوت الأطباء واختلافهم وضعف إدراكهم لمفهوم موت الدماغ ووسائل تشخيصه، مما أوجد فجوة بين أصل النظر في التشخيص والتطبيق في الواقع. [(٤)]

---

(1) Verheijde JL, Rady MY, Potts M. Neuroscience and Brain Death Controversies: The Elephant in the Room. J Relig Health. 2018 Oct;57(5):1745-1763. doi: 10.1007/s10943-018-0654-7. PMID: 29931477; PMCID: PMC6132575.
Wijdicks EF, Varelas PN, Gronseth GS, Greer DM; American Academy of Neurology. Evidence-based guideline update: determining brain death in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2010 Jun 8;74(23):1911-8. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181e242a8. PMID: 20530327.

(2) Karakatsanis KG . "Brain dead" Patients: Critically Ill or Dead? A Potential Answer to the Problem. J Intensive & Crit Care 2016, 2:2.

(3) Young PJ, Matta BF. Anaesthesia for organ donation in the brainstem dead--why bother? Anaesthesia. 2000 Feb;55(2):105-6. doi: 10.1046/j.1365-2044.2000.055002105.x. PMID: 10651668.

(4): Joffe et al.: A survey of American neurologists about brain death: understanding the conceptual basis and diagnostic tests for brain death. Annals of Intensive Care 2012 2:4.

١٦.أن معيار تشخيص الدماغ بوضعه الحالي، يغفل وظائف أخرى في الدماغ ولا يقيسها، مثل وظيفة الغدة النخامية، وما تحت المهاد. [(١)]

١٧. غياب الدليل العلمي من الناحية الفسيولوجية-المرضية لمساواة موت الدماغ بموت الإنسان. [(٢)]

لقد حاول بعض الباحثين الرد على نقض قضية مركزية الدماغ بالقول: إن الانسان كائن عاقل، وإذا افتقر إلى القدرة على الأداء العقلي لم يعد إنسانًا كامل الإنسانية. وحيث إن الأداء العقلي يفترض الإحساس الواعي، فإن أي شيء يفتقر إلى القدرة على الإحساس الواعي جذريًا؛ سيفتقر إلى الأداء العقلاني، وهذا متحقق في موت الدماغ، ولم يعد كائنا بشريا فهو إذن ميت.[(٣)]

ونوقش:

بأن الميت دماغيا مايزال لديه إحساس رغم أنه مغمى عليه، وأن الكائن الحي يمكن أن يكون لديه إحساس حتى عند فشل الدماغ، كما هو الحال عند الإصابة بقطع في الحبل الشوكي. [(٤)]

ويرى بعض الباحثين أنه طالما أن الدماغ يدير الوظائف الحرجة مثل

---

(1) Veatch R. (2018). Would a Reasonable Person Now Accept the 1968 Harvard Brain Death Report?. Hastings Center Report. 48. S6-S9.

(2) President's Council on Bioethics. . 2008. Controversies in the Determination of Death: A White Paper. Washington, DC: The President's Council on Bioethics.

(3)Lee P,Grizes G.total brain deth: Areply to Alan Shewmon.Bioethics,2017;26(5):275-284 .

(4) Austriaco NP Op. The Brain Dead Patient Is Still Sentient: A Further Reply to Patrick Lee and Germain Grisez. J Med Philos. 2016 Jun;41(3):315-28. doi: 10.1093/jmp/jhw008. Epub 2016 Apr 17. PMID: 27089894; PMCID: PMC4889819.

الإدراك والتحكم في التنفس والدورة الدموية، وهذا محل اتفاق، ولأنه لايمكن الاستعاضة عنه بأي تقنية أخرى في عصرنا الحاضر، ولأن كل الوظائف الأساسية يتم تنفيذها بواسطة الدماغ، فإن توقف وظائف الدماغ يعني موت الكائن الحي.(١)

ولكن هذا لا يؤيده القائلون بأن الوحدة التكاملية في الجسد الإنساني ليست محددة في مكان، فهي وحدة تكاملية ترابطية تنتج من التفاعل بين أجزاء الجسد كلها.(٢)

وبعد كل هذه الاستدراكات والمناقشات التي طرأت على مفهوم موت الدماغ وتشخيصه؛ هل يمكن الاستمرار في اعتبارالمصاب بهذه الحالة، ميتًا موتًا متيقنًا بمعيار الجهاز العصبي؟

لا أظن ذلك، وعلى الأقل لا يمكن الجزم بكونه موتًا، وإن كان سبيلًا إلى الموت القريب.

إشكالات حول الفتاوى المعاصرة بشأن موت الدماغ

عند التدقيق في الفتاوى الصادرة عن المجامع الفقهية بشأن موت الدماغ ترد مجموعة من الإشكالات ليس أقلها الاختلاف بين فتوى المجمع الفقهي التابع لمنظمة التعاون الإسلامي، والمجمع الفقهي التابع لرابطة العالم الإسلامي،

---

(1) Bernat JL A Conceptual Justification for Brain Death. Hastings Cent Rep 2018; 48 Suppl 4: S19-S21. Bernat JL. Refinements in the Organism as a Whole Rationale for Brain Death. The Linacre Quarterly 2019, Vol. 86(4) 347-358 ª Catholic Medical Association 2019.

(2) Shewmon D A. The Brain and Somatic Integration: Insights Into the Standard Biological Rationale for Equating “Brain Death” With Death, The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine, Volume 26, Issue 5, 2001, Pages 457–478,

وهيئة كبار العلماء في السعودية، ودار الإفتاء الكويتية، ودار الإفتاء الأردنية، وغيرها. (انظر ملحق الفتاوى).

فهناك تساؤلات طرحها بعض الباحثين، خاصة حول الفتاوى التي تجيز اعتبار موت الدماغ مساويًا للموت الجسدي نجملها في النقاط الآتية:

أولاً: ذُكر في فتوى المجمع الفقهي التابع لمنظمة التعاون الإسلامي توقف جميع وظائف الدماغ الحيوية، وقد أثار هذا تساؤلاً عن ماهية هذه الوظائف المقصودة هنا، وهل لابد من التأكد من عدم الرجعة فيها، وما درجة اليقين في هذا التأكد؟

ثانياً: ذكر في الفتوى أيضاً موضوع اللارجعة أو اللاعودة، فإذا كان من الغالب على الظن أن الميت دماغياُ لن يفيق من غيبوبته (إغمائه) إلا أنه لا يمكن الجزم بعدم عودة بعض وظائف الدماغ (راجع ما سبق).

ثالثاً: موضوع تحلل الدماغ والذي ذكر في الفتوى، لا يمكن تشخيصه بدقة، كما أنه ليس موجوداً في بروتوكولات تشخيص موت الدماغ، إضافة إلى أن فحص التروية الدماغية ليس مطلوباً في كل البروتوكولات.[١]

---

(1) PadelaAl, Shanwani H, and Arazullah A. Miller AC. Opinion on the legitimacy of brain death…. J Rehy Hdealth…

وأخيراً فإن التشريح النسيجي للمعلن عنهم أنهم ميتون دماغياً – ويمكن أن يكونوا مناسبين لأخذ الأعضاء منهم – لم يظهر لديهم أي تغيرات تشريحية أو مرضية في أجزاء مهمة من الدماغ، ومنها جذع الدماغ. (١)

هل هذا يعني عدم الاعتراف بموت الدماغ، ومن ثم يجب أن تتغير كل البروتوكولات والإجراءات المتعلقة بهذا الأمر؟

لا نظن ذلك، وغاية ما هنالك أن يثور الشك مجدداً في الإعتراف بموت الدماغ على أنه مساوٍ للموت الحقيقي، مما سيدفع أولئك الذين لم يقتنعوا منذ البداية بقضية موت الدماغ لإعادة النظر فيه، كما سيكون هناك تأثير في مدى قانونية أخذ الأعضاء من الميتين دماغياً، وقد يتطلب هذا الأمر وقتاً طويلًا والله أعلم.

والملاحظ في فتوى هيئة كبار العلماء في السعودية، وفتوى مجمع الفقه الإسلامي التابع لرابطة العالم الإسلامي، أنها تحفظت على إعلان الميت دماغيًا بأنه متوفى بمجرد التشخيص، واشترطت ضرورة الانتظار حتى يتوقف القلب والتنفس قبل الجزم وإعلان الوفاة، وهو ما يتماشى مع المعطيات والنقاشات والجدليات التي ظهرت مؤخرًا حول موت الدماغ.

---

(1) Padela AI, Arozullah A, Moosa E. Brain death in Islamic ethico-legal deliberation: challenges for applied Islamic bioethics. Bioethics. 2013 Mar;27(3):132-9. doi: 10.1111/j.1467-8519.2011.01935.x. Epub 2011 Dec 13. Erratum in: Bioethics. 2015 Jan;29(1):56. PMID: 22150919 .



وبناء على هاتين الفتويين؛ فإن موت الدماغ لم يعتبر موتًا متيقنًا، وإنما هو حالة إصابة شديدة بالغة تجيز للأطباء نزع أجهزة الإنعاش فحسب، لأنها ليست ذات جدوى، والله أعلم.

***

ملحق الفتاوى

قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي

قرار رقم: ١٧ (٣/٥)[1] بشأن أجهزة الإنعاش

إن مجلس مجمع الفقه الإسلامي الدولي المنعقد في دورة مؤتمره الثالث بعمان عاصمة المملكة الأردنية الهاشمية من ٨-١٣ صفر ١٤٠٧هـ، الموافق ١١ – ١٦ تشرين الأول (أكتوبر) ١٩٨٦م، بعد تداوله في سائر النواحي التي أثيرت حول موضوع أجهزة الإنعاش واستماعه إلى شرح مستفيض من الأطباء المختصين.

قرر ما يلي:

يعتبر شرعاً أن الشخص قد مات، وتترتب جميع الأحكام المقررة شرعاً للوفاة عند ذلك إذا تبينت فيه إحدى العلامتين التاليتين:

١. إذا توقف قلبه وتنفسه توقفاً تاماً، وحكم الأطباء بأن هذا التوقف لا رجعة فيه.

٢. إذا تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلاً نهائياً، وحكم الأطباء الاختصاصيون الخبراء بأن هذا التعطل لا رجعة فيه، وأخذ دماغه في التحلل.

وفي هذه الحالة يسوغ رفع أجهزة الإنعاش المركبة على الشخص وإن كان بعض الأعضاء، كالقلب مثلا، لا يزال يعمل آلياً بفعل الأجهزة المركبة.

والله أعلم.

https://www.iifa-aifi.org/ar/1667.html

قرار المجمع الفقهي التابع لرابطة العالم الإسلامي

فإن مجلس المجمع الفقهي الإسلامي، في دورته العاشرة، المنعقدة بمكة المكرمة في الفترة من يوم السبت ٢٤ صفر ١٤٠٨هـ، الموافق ١٧ أكتوبر ١٩٨٧م؛ إلى يوم الأربعاء الموافق ٢٨ صفر ١٤٠٨هـ، الموافق ٢١ أكتوبر ١٩٨٧م؛ فقد نظر في موضوع تقرير حصول الوفاة، بالعلامات الطبية القاطعة، وفي جواز رفع أجهزة الإنعاش، عن المريض الموضوعة عليه، في حالة العناية المركزة، واستعرض المجلس الآراء، والبيانات الطبية، المقدمةً شفهيًا وخطيًا، من وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية، ومن الأطباء الاختصاصيين.

واطلع المجلس كذلك، على قرار مجمع الفقه الإسلامي، التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي، المنعقد في مدينة عمان العاصمة الأردنية رقم (٥) ٣/ ٧/ ١٩٨٦م، وبعد المداولة في هذا الموضوع، من جميع جوانبه وملابساته، انتهى المجلس إلى القرار التالي: المريض الذي ركبت على جسمه أجهزة الإنعاش، يجوزرفعها، إذا تعطلت جميع وظائف دماغهً تعطلاً نهائيًا، وقررت لجنة من ثلاثة أطباء اختصاصيين خبراء، أن التعطل لا رجعة فيه، وإن كان القلب والتنفس لا يزالان يعملان آليًا، بفعل الأجهزة المركبة. لكن لا يحكم

بموته شرعًا، إلا إذا توقف التنفس والقلـب توقفًا تامًا بعد رفع هذه الأجهزة.

وصلى الله على سيدنا محمد، وعلى آله وصحبه وسلم تسليمًا كثيرًا، والحمد لله رب العالمين.

https://d1.islamhouse.com/data/ar/ih_books/single_010/ar_qrarat_elmogama3_alfiqhy.pdf

❋❋❋

قرار هيئة كبار العلماء رقم (١٨١)

الحمد لله وحده، والصلاة والسلام على عبد الله ورسوله نبينا محمد وعلى آله وصحبه، وبعد:

فإن مجلس هيئة كبار العلماء في دورته الخامسة والأربعين المنعقدة في مدينة الطائف ابتداء من الثالث من شهر ربيع الآخر حتى ١٢ منه عام ١٤١٧هـ، بحث حكم التبرع بالأعضاء لصالح المرضى المحتاجين لها خصوصًا من الأشخاص المتوفين دماغيًا، بناء على ما ورد إليه من سمو أمير منطقة الرياض الأمير سلمان بن عبد العزيز، الرئيس الفخري للمركز السعودي لزراعة الأعضاء بكتابه رقم (٦٢٧ / ١١) وتاريخ ١٥ / ٦ / ١٤١٦ هـ. ومشفوعه الكتاب المرفوع لسموه من معالي وزير الصحة برقم (٦٢١ / ١١) وتاريخ ١٥ / ٦ / ١٤١٦هـ، المتضمن التقرير المعد حول أهمية التبرع بالأعضاء وزراعتها، وخاصة عندالمتوفين دماغيًا وقد اطلع المجلس أثناء البحث على قراره رقم (٦٢) في حكم نقل القرنية من إنسان إلى آخر وإلى قراره رقم (٩٩) في حكم نقل عضو أو جزئه من إنسان إلى آخر. كما اطلع على القرارات الصادرة من المجمع الفقهي التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي بجدة، والمجمع الفقهي التابع لرابطة العالم الإسلامي بمكة المكرمة، بشأن نقل الأعضاء وزراعتها.

وبعد المناقشة وتداول الرأي في الموضوع قرر المجلس أنه لا يجوز شرعًا

الحكم بموت الإنسان، الموت الذي ترتب عليه أحكامه الشرعية بمجرد تقرير الأطباء أنه مات دماغيًا، حتى يعلم أنه مات موتًا لا شبهة فيه تتوقف معه حركة القلب والنفس، مع ظهور الأمارات الأخرى الدالة على موته يقينًا، لأن الأصل حياته، فلا يعدل عنه إلا بيقين.

وبالله التوفيق، وصلى الله وسلم على نبينا محمد وآله وصحبه وسلم .

هيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية.

http://almoslim.net/node/177491

https://elibrary.mediu.edu.my/books/MAL04738.pdf

❊❊❊

قرار دار الإفتاء الأردنية

قرار رقم: (١١) متى يحكم بموت الإنسان؟ بتاريخ: ٨/ ١١/ ١٤٠٨هـ، الموافق: ٢٢/ ٦/ ١٩٨٨م

ورد إلينا سؤال يقول فيه صاحبه:

هل موت الدماغ وتوقف القلب والتنفس بالنسبة للمريض يعتبر موتاً؟ ما الحكم الشرعي في ذلك؟

الجواب، وبالله التوفيق:

رأى المجلس ما يلي: يعتبر شرعًا أن الشخص قد مات، وتترتب جميع الأحكام المقررة شرعًا للوفاة عند ذلك إذا تبينت فيه إحدى العلامتين الآتيتين:

١- إذا توقف قلبُه وتنفسُّه توقفاً تاماً، وحَكَم الأطباء بأن هذا التوقف لا رجعة فيه.

٢- إذا تعطَّلت جميعُ وظائف دماغه تعطلاً نهائياً، وأخذ دماغه في التحلل، وحَكَم الأطباء المختصون الخبراء بأن هذا التعطل لا رجعة فيه، ولا عبرة حينئذ بكون أعضاء الميت كالقلب لا يزال يعمل عملا آلياً بفعل أجهزة الإنعاش المركبة.

وفي هذه الحالة (الثانية) يسوغ رفع أجهزة الإنعاش المركبة على الشخص، ولا يحكم الأطباء بالموت في هذه الحالة إلا بعد الاستيثاق والتأكد من الأمور التالية:

١- توافر جميع شروط تشخيص موت الدماغ.

٢- استبعاد الأسباب الأخرى للغيبوبة.

٣- غياب جميع منعكسات جذع الدماغ.

٤- القيام بجميع الفحوصات اللازمة طبياً لإثبات وقف التنفس.

٥- السكون الكهربائي في تخطيط الدماغ.

٦- إجراء أي فحوص طبية لازمة للتأكد من موت الدماغ.

٧- أن تتم هذه الفحوص في مستشفى مؤهل، تتوافر فيه الإمكانات اللازمة لهذه الفحوص.

ونظراً لما لهذا الموضوع من أهميةٍ شرعيةٍ، وقانونيةٍ، وطبيةٍ، وأخلاقيةٍ، واجتماعيةٍ، فإن الحكم بموت الدماغ يجب أن يتم من لجنة طبية مختصة، لا يقل عدد أعضائها عن ثلاثة، وألاَّ يكون لأحد منهم أي علاقة بالموضوع تُورث شبهةً، وأن تقوم اللجنة بإعادة الفحوصات السابقة بعد فترة كافية من الفحوص الأولى، يقررها الأطباء المختصون للتأكد من إثبات اكتمال جميع الشروط المذكورة آنفاً.

وتعتبر ساعة توقيع اللجنة الطبية المختصة المذكورة هي ساعة وفاة الشخص في حق الأمور التي ترتبط بتاريخ الوفاة.



ويؤكد المجلس ضرورة إصدار قانون لمعالجة هذا الأمر، لضمان تنفيذ الشروط الواردة في هذه الفتوى، واتخاذ الإجراءات القانونية بحق المخالفين لها.

والله تعالى أعلم.

https://www.aliftaa.jo/Decision.aspx?DecisionId=12#.XRSdB-j7TIV

الدخول بتاريخ ٢٤ شوال ١٤٤٠ هـ (٢٧ يوليو ٢٠١٩).

https://www.aliftaa.jo/Decision.aspx?DecisionId=529#.XRTGDOj7TIU

❋❋❋

فتوى لجنة الإفتاء بوزارة الأوقاف الكويتية

وجاء فيها:

"يوجد هناك بعض الحالات المرضية بالمستشفيات تحتاج إلى تشخيص الوفاة فيها على الرغم من وجود علامات الحياة المتعارف عليها بين الناس سواء أكانت هذه العلامات تلقائية في بعض أعضاء الجسم أم كانت أثراً من آثار أجهزة الإنعاش الموصلة بالجسم، وقد تناولت ندوة "الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في المفهوم الإسلامي" التي أقيمت في الكويت في ١٥/ ١/ ١٩٨٥م. بحث هذا الموضوع وأصدرت بشأنه التوصيات الآتية:

١- وضح للندوة بعد ما عرضه الأطباء: أن المعتمد عليه عندهم في تشخيص موت الإنسان هو خمود منطقة المخ المنوطة بها الوظائف الحياتية الأساسية، وهو ما يعبر عنه بموت جذع المخ.

إن تشخيص موت جذع المخ له شروطه الواضحة بعد استبعاد حالات بعينها قد تكون فيها شبهة، وإن في وسع الأطباء إصدار تشخيص مستقر يطمأن إليه بموت جذع المخ.

إن أياً من الأعضاء أو الوظائف الرئيسية الأخرى كالقلب والتنفس قد يتوقف مؤقتًا، ولكن يمكن إسعافه واستنقاذ عدد من المرضى مادام جذع المخ حيًا... أما إذا جذع المخ قد مات فلا أمل في إنقاذه، وإنما يكون المريض قد انتهت

حياته، ولو ظلت في أجهزة أخرى من الجسم بقية من حركة أو وظيفة هي بلا شك بعد موت جذع المخ صائرة إلى توقف وخمود تام.

٢- اتجه رأي الفقهاء تأسيسًا على هذا العرض من الأطباء، إلى أن الإنسان الذي يصل إلى مرحلة مستيقنة هي موت جذع المخ يعتبر قد استدبر الحياة، وأصبح صالحًا أن تجري عليه بعض أحكام الموت، قياسًا ـ مع فارق معروف ـ على ما ورد في الفقه خاصًا بالمصاب الذي وصل إلى حركة المذبوح.

٣- اتفق الرأي على أنه إذا تحقق موت جذع المخ بتقرير لجنة طبية مختصة جاز حينئذ إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعية.

برجاء التفضل بعرض الموضوع على لجنة الفتوى بوزارتكم الموقرة للإفادة بالرأي في هذه المسألة ومدى الالتزام بالتوصيات الصادرة عن الندوة المذكورة بشأنها. مع الإحاطة بأنه في حالة حاجة لجنة الفتوى إلى الوقوف على الرأي الطبي حول تشخيص الموت يرجى إفادتنا بذلك لتسمية الأطباء الاختصاصيين المعنيين لمقابلة اللجنة.

ـ وبعد مناقشة الموضوع **رأت الهيئة** ما يلي:

إنه لا يحكم بالموت إلا بانتفاء جميع علامات الحياة حتى الحركة والنفس والنبض فلا يحكم بالموت بمجرد توقف النفس أو النبض أو موت جذع المخ مع بقاء أي علامة من العلامات الظاهرة أو الباطنة التي يستدل بها على بقاء شيء من

الحياة، كما رأت اللجنة الأخذ بتوصيات مجمع الفقه الإسلامي في دورته الثالثة المنعقد في عمان بالأردن في الفترة من٨-١٣ صفر ١٤٠٧هـ، الموافق ١١ من أكتوبر ١٩٨٦م بالقرار رقم ٥ د ٣/ ٧ حيث قرر ما يلي: يعتبر شرعاً أن الشخص قد مات، وتترتب جميع الأحكام المقررة شرعاً للوفاة عند ذلك إذا تبينت فيه إحدى العلامتين التاليتين:

١ - إذا توقف قلبه وتنفسه توقفاً تاماً وحكم الأطباء بأن هذا التوقف لا رجعة فيه.

٢- إذا تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلًا نهائيًا، وحكم الأطباء الاختصاصيون الخبراء بأن هذا التعطل لا رجعة فيه، وأخذ دماغه في التحلل، وفي هذه الحالة يسوغ رفع أجهزة الإنعاش المركبة على الشخص وإن كان بعض الأعضاء كالقلب مثلًا لا يزال يعمل آليًا بفعل الأجهزة المركبة .. والله أعلم."

● موقع إدارة الإفتاء بوزارة الشؤون الإسلامية والأوقاف الكويتية الفتاوى الشرعية المجلد الثالث.

http://site.islam.gov.kw/eftaa/FatwaSector/Pages/Fatwa03.aspx

❊❊❊

الفصل الثاني عشر:

قضايا الإنجاب والعقم

قضايا الإنجاب والعقم

الحالات

الحالة الأولى:

زوجان ارتبطا معًا منذ خمس سنوات، ولم ينجبا وبعد إجراء الفحوص لهما تبين أن الحل الوحيد للإنجاب هو الإخصاب الصناعي. وافقت الزوجة، لكن الزوج تردد بحجة أن هذه الطريقة غير طبيعية للإنجاب، وأن أولاده قد يعانون في المستقبل من الوصمة، ويرى أن الأفضل عدم مصادمة قدر الله.

الحالة الثانية:

زوجان عقيمان بدآ بإجراء الفحوص للقيام بعملية الإخصاب الصناعي طلبًا للإنجاب، وفي هذه الأثناء حدث بينهما خلاف، وتم الطلاق بينهما.

الحالة الثالثة:

زوجان أنجبا ستًا من الإناث، ويودان إنجاب مولود ذكر. ذهبا إلى مركز متخصص للإخصاب، حيث وافق الأطباء على إجراء الإخصاب الصناعي لهما.

مقدمة:

رغب الإسلام في حفظ النسل وعده علماء الشريعة الأفاضل إحدى الضرورات الخمس، ورغب في الوسائل والطرق الموصلة إليه، وفي مقدمتها الزواج، حيث ورد الترغيب في آيات محكمات من الكتاب العزيز، وفي أحاديث المصطفى ﷺ، ومنها:

١- قوله تعالى ﴿ وَٱللَّهُ جَعَلَ لَكُم مِّنۡ أَنفُسِكُمۡ أَزۡوَٰجًا وَجَعَلَ لَكُم مِّنۡ أَزۡوَٰجِكُم بَنِينَ وَحَفَدَةً ﴾ (سورة النحل، ٧٢).

٢- وقوله عزوجل: ﴿ وَلَقَدۡ أَرۡسَلۡنَا رُسُلًا مِّن قَبۡلِكَ وَجَعَلۡنَا لَهُمۡ أَزۡوَٰجًا وَذُرِّيَّةً ﴾ (الرعد:٣٨).

قال القرطبي في تفسيره: هذه الآية تدل على الترغيب في النكاح والحض عليه، وتنهى عن التبتل، وهو ترك النكاح، وهذه سنة المرسلين كما نصت عليه هذه الآية [١]

ومن السنة النبوية الشريفة:

١- قول الرسول ﷺ: «.. **من استطاع منكم الباءة فليتزوج**... ». [٢]

٢- قوله ﷺ، في رده على الذين تقالُّوا عبادته: «... **لكني أصوم وأفطر، وأتزوج النساء، فمن رغب عن سنتي فليس مني**». [٣]

ومن مقاصد النكاح الأصلية، إنجاب الذرية وتكثير النسل

العقم وعدم الإنجاب أو ضعف الخصوبة

ستتجاوز المعنى اللغوي لكلمة العقم وتفرعاتها، والتي من معانيها القطع،

---

(١) تفسيرالقرطبي. مصحف جامعة الملك سعود. https://quran.ksu.edu.sa/tafseer/qortobi/sura13-aya38.html#qortobi

(٢) صحيح البخاري، الرقم ١٩٠٥الدرر السنية. https://www.dorar.net/hadith/sharh/81632

(٣) الألباني، محمدناصرالدين. غايةالمرام، الرقم 208: خلاصة حكم المحدث: صحيح. الدرر السنية. https://dorar.net/hadith/sharh/64188

إلى المعنى الاصطلاحي الطبي بالدرجة الأولى، وهي التي يهمنا في نقاش هذا الموضوع، ويمكن أن نذكر التعريفات الآتية: (1)

أولًا: العقم الدائم (Sterility)، ومعناه عدم القدرة على الإنجاب مطلقًا.

ثانيًا: العقم غيرالدائم، أو ضعف الخصوبة (Infertility): وهو عدم القدرة على الحمل بعد عام (اثني عشر شهرًا) من المعاشرة الزوجية المنتظمة ودون استخدام موانع الحمل. وهو على نوعين:

أ- العقم الأولي: ويعني أولئك لم يحصل لديهن الحمل مطلقًا ولا لمرة واحدة.

ب- العقم الثانوي: عدم القدرة على الحمل مرة أخرى بعد حدوثه مرة أو مرات سابقة.

وتستخدم المصطلحات بالتبادل، فيستخدم العقم ويعنى به قلة الخصوبة أو العكس.

وقد يطلق العقم، ويقصد به عدم القدرة على الإنجاب لأسباب خلقية بالدرجة الأولى كغياب الخصية، أو المبيض اللذين لاعلاج لهما حتى الآن.

أما ما سنركز عليه فهو قلة الخصوبة أو ضعفها وعلاجها، حيث يتفاوت

---

(1) Zegers-Hochschild F G. Adamson GD, Dyer s, e al. The international glossary of infertilityand fertility care,2017. Human Reproduction, 2017 ,32 (9): 1786–1801.
WHO. Infertility definitions and terminology
https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/
Konar H. DC Dutta Textbook of gynecology. Jaypee Brothers Medical Publishers, New Delhi, 2013.P:227.

العلاج حسب نوع المسبب وإمكانية علاجها بطريقة ما دون غيرها. وسنتناول في هذا الفصل العلاج باستخدام ما يعرف بالاخصاب الصناعي أو الإخصاب الطبي المساعد، أو التلقيح الصناعي، فما المقصود بذلك؟

الإخصاب الصناعي

يقصد بالإخصاب الصناعي، تلك العملية التي يقوم بها الطبيب المتخصص بمساعدة الزوجين على الإنجاب بغير الطريقة الطبيعية (الإتصال الجنسي). وعرفها آخرون بأنها إجراء عملية التلقيح بين حيوان الرجل المنوي، وبيضة المرأة بغير الطريق المعهودة.

موقف الإسلام من علاج العقم

لا شك أن العقم مرض، وفيه ضرر على من أصيب به. والشريعه الإسلاميه تدعو إلى التداوي، كما مر معنا سابقاً في أحاديث النبي ﷺ(١)، كما تدعو إلى دفع الضرر ورفعه، كما هو مقرر شرعاً فالقاعدة الشرعية تقول: «لاضرر ولاضرار» ويتفرع عنها قواعد منها: الضرر يزال، والضرر يدفع بقدر الإمكان ومن هنا فإن علاج العقم مندوب شرعاً إذا كانت طريقة العلاج مشروعة، ولاتدخل في باب التحريم.

---

(١) انظر الحديث عن التداوي في الفصل الرابع

الأحكام المتعلقة بالإخصاب الصناعي

الشريعة الإسلامية وحفظ النسب:

قبل الحديث عن الأحكام المتعلقة بالإخصاب الصناعي يجدر بنا أن نبين عناية الإسلام بالنسب وكيفية حفظه، لما له من أهمية في موضوعنا وتعلقه به.

فمما يدل على عناية الشريعة الإسلاميه بالنسب:

١- تحريم الزنا: فقد شدد الإسلام في تحريم الزنا، وعده من كبائر الذنوب، ورتب عليه عقوبه دنيويه مشددة، وعقابًا أخرويًا شديدًا.

٢- منع الآباء من إنكار أبنائهم، فهو حق ثابت لهم، وحرم على النساء نسبة الولد إلى غير أبيه الحقيقي، يقول الرسول ﷺ: «**من ادعى إلى غير أبيه وهو يعلم فقد كفر**»(١)

وقال ﷺ: «**لاترغبوا عن آبائكم، فمن رغب عن أبيه فقد كفر**».(٢)

٣- تحريم التبني، فلا يثبت النسب بمجرد التبني، قال تعالى: ﴿ ٱدۡعُوهُمۡ لِأٓبَآئِهِمۡ هُوَ أَقۡسَطُ عِندَ ٱللَّهِ ﴾(الأحزاب:٥).

٤- إن بعض الفقهاء اعتبروا حفظ النسب من الضرورات التي جاءت الشريعة الإسلاميه بحفظها وصيانتها، كما قررذلك الشيخ الطاهر بن

---

(١) اخرجه البخاري (٣٥٠٨)، واللفظ له، ومسلم (٦١) باختلاف يسير.الدرر السنية.
https://dorar.net/hadith/sharh/61103

(٢) البخاري في صحيحه - باب من ادعى إلى غير أبيه - حديث رقم ٦٤١٥. جامع السنة وعلومها.
https://2u.pw/8xIUQ



عاشور رحمه الله، [١] وبهذا تتضح عناية الشرع الحنيف بإثبات النسب، ونسبة الأولاد إلى آبائهم الحقيقيين.

الإخصاب الصناعي: صوره وأحكامه الشرعية

بالرغم أن هذه الطريقه ليست هي الوسيلة الطبيعية للإنجاب، وقد يرى بعض الباحثين أنها تتعارض مع مشيئة الله، إلا أن فقهاءنا الأجلاء قد نفوا عنها هذه الصفة بما لا يدع مجالًا للشك، [٢] كما أقروا هذه الوسيلة للإنجاب، مع أن الحيوانات المنوية تنقل نقلاً إلى داخل الرحم سواء بالتلقيح الداخلي والخارجي. [٣]

صور الإخصاب الصناعي

ينقسم الإخصاب الصناعي إلى قسمين، وهما:

١- داخلي

وفيه يتم نقل السائل المنوي للرجل إلى مهبل الأنثى بقصد إحداث الحمل، حيث يتم التلقيح داخل الرحم، ويحدث الحمل نتيجة ذلك.

٢- خارجي:

ويقصد به أن يؤخذ السائل المنوي للرجل، وبييضة المرأة، ويوضعا في أوعية خاصة (أنابيب أو أطباق) ثم تزرع في رحم المرأة بعد تطورها إلى مرحلة معينة.

---

(١) بن عاشور، الطاهر. مقاصد الشريعة الإسلامية، ص ٤٤١/ ابو زيد، بكر بن عبد الله: فقه النوازل، ص ٢٥٠.
(٢) زهرة، محمد المرسي. الإنجاب الصناعي أحكامه القانونيه وحدوده الشرعيه دراسة مقارنة صـ ٢٦.
(٣) المرجع السابق، ص ٣١.

ففي الإخصاب (التلقيح) الداخلي يتم التلقيح داخل الرحم، وفي الخارجي يتم خارج الرحم، ثم تنقل اللقيحة، بعد انقسام الخلايا إلى عدد معين من الخلايا، وتغرس في الرحم، وينتظر حتى يثبت الحمل، وتتم متابعته بعد ذلك.

أما صور الإخصاب الصناعي فهي كما يأتي:

المجموعة الأولى: حالات التلقيح الصناعي الداخلي، ومن صورها:

أ- الإخصاب بحيوانات الرجل المنوية في أثناء حياة الزوج.

ب- الإخصاب بحيوانات الرجل المنوية بعد وفاة الزوج، ولها حالتان:

١- يتم التخصيب في أثناء عدة المرأة المتوفى عنها زوجها.

٢- يتم التخصيب بعد انقضاء عدة المرأة المتوفى عنها زوجها.

ت- الإخصاب بحيوانات متبرع ، ليس بينه وبين المرأة رابطة الزوجية.

المجموعة الثانية: حالات التلقيح الصناعي الخارجي، وقد قسمت حسب موضوع الحمل، في رحم أي امرأة كانت، وصور هذه المجموعة كالآتي:

أ- تكون البييضة من الزوجة والحيوان المنوي من متبرع، ويتم الحمل داخل رحم الزوجة.

ب- تكون البييضة من الزوجة والحيوان المنوي من الزوج، ويتم الحمل داخل رحم الزوجة.



ت-تكون البييضة من متبرعة، والحيوان المنوي من الزوج، ويتم الحمل داخل رحم الزوجة.

ث-تكون البييضة من متبرعة، والحيوان المنوي من متبرع، ويتم الحمل داخل رحم الزوجة.

ج- تكون البييضة من الزوجة، والحيوان المنوي من الزوج المتوفى في أثناء العدة في رحم الزوجة.

أحكام الإخصاب الصناعي:

بعد عرض صور الإخصاب الصناعي؛ نتحدث الآن عن الأحكام المتعلقة بها. فنقول - وبالله التوفيق: إن الوسيلة المشروعة للإنجاب في الإسلام من حيث الأصل أن يكون من خلال عقد زواج صحيح بين امرأة ورجل، وأن يكون الحمل قد حدث في أثناء عقد الزوجية.

ومن هنا فإن الصورة الوحيدة الجائزة شرعًا، كما وثق ذلك في فتاوى المجامع الفقهية، هي الصورة التي يكون فيه الحيوان المنوي من الزوج والبييضة من الزوجة أثناء عقد الزوجية.

يقول الدكتور محمد النجيمي، بعد ذكره للخلاف حول هذه المسألة: "وهذا الرأي (يعني القول بالجواز) يتفق مع مبادئ الشريعة الإسلامية في هذا الشأن، وهو أن عمليات نقل الأجنة أو أطفال الأنابيب تعد مشروعة إذا كانت عملية الإخصاب تمت بين ماءَي زوجين شرعيين، أي بين نطفة الزوج وبييضة الزوجة،

لأنها هي الطريقة المشروعة التي نظمها المشرع في الإنجاب، أوالمحافظة على النوع الإنساني".[١]

أما بقية الصور التي يدخل فيها عنصر أجنبي على الزوجين؛ فهي صور محرمة شرعًا، لأنها خارج عقد الزوجية، ولما فيها من اختلاط للأنساب.

وبهذا جاءت فتاوى المجامع الفقهية ودور الإفتاء (انظر الملحق رقم (١) في هذا الفصل).

ونخلص من هذه الفتاوى إلى جواز الصورة المشروعة المذكورة آنفًا مع مراعاة الضوابط الآتية:

- ألا تنكشف عورة الرجل إلا لطبيب ذكر مسلم؛ فان لم يتيسر فغير مسلم.
- ألا تنكشف عورة المرأة إلا لطبيبه مسلمة؛ فان لم يتيسر فطبيبة غير مسلمة فإن لم يتيسر فلطبيب مسلم، فإن لم يتيسر فلطبيب غير مسلم ثقة مع ضمان عدم الخلوة.
- أن استخدام أي طرف ثالث في وسائل الإنجاب يعتبر باطلًا على الإطلاق.
- الحذر من اختلاط الأنساب بوضع الضوابط العملية والإجرائية المناسبة.

ومن هنا وضعت أنظمة لمراكز الإخصاب تؤكد على هذه الضوابط وغيرها، تحقيقًا للمصالح ودرءًا للمفاسد. (ينظر في ذلك نظام وحدات الإخصاب

---

(١) النجيمي، محمد. الانجاب الصناعي بين التحليل والتحريم: دراسة فقهية إسلامية مقارنة، ص ١٣٢.

والأجنة وعلاج العقم في المملكة العربية السعودية، [1] والذي يجب الالتزام بنصوصه وإجراءاته.

وينص النظام على ضرورة التزام وحدات الإخصاب وعلاج العقم في ممارسة نشاطاتها بالفتاوى الشرعية التي تصدرها هيئة كبار العلماء بالمملكة (المادة الثالثة)، وضرورة الحصول على الترخيص لإنشائها (المادة التاسعة عشرة).

كما يؤكد النظام على ضرورة التأكد من وجود علاقة زوجية قائمة بين طالبي التلقيح الصناعي (المادة الرابعة)، وضرورة التدقيق والتوثيق للنطف والبييضات واللقائح والأجنة، والتأكد من عدم اختلاطها (المادة التاسعة)، وتوثيق الموافقة الكتابية من الزوجين (المادة الخامسة).

ويتضمن النظام تشكيل لجنة عليا فنية للإشراف على وحدات الإخصاب (المادة الخامسة عشرة)، وعقوبات للمخالفين (المادتان الثانية والثلاثون، والثالثة والثلاثون)، وتنظر في المخالفات لجنة قضائية فنية (المادة الثامنة والعشرون).

وقد درست المجامع الفقهية، ودور الإفتاء في العالم الإسلامي؛ قضية التلقيح الصناعي، وأصدرت العديد من الفتاوى اتفقت في تنزيل الحكم الشرعي على صور التلقيح الصناعي؛ ومنها –على سبيل المثال– فتوى المجمع الفقهي التابع لرابطة العالم الإسلامي، وبعض صور التلقيح الصناعي جاء فيها:

---

(١) أنظر: موقع هيئة الخبراء. :٢٥-١١-١٤٣٩ هـ (٧-٨-٢٠١٨).
https://laws.boe.gov.sa/BoeLaws/Laws/LawDetails/4943163b-a079-4beb-b544-a9a700f286b1/1

بشـأن التلقيح الاصطناعي وأطفال الأنابيب :

الحمد لله وحده، الصلاة والسلام على سيدنا ونبينا محمد، وبعد:

فإن مجلس المجمع الفقهي الإسلامي، في دورته الثامنة المنعقدة بمقر رابطة العالم الإسلامي في مكة المكرمة في الفترة من يوم السبت ٢٨ ربيع الآخر ١٤٠٥هـ، إلى يوم الاثنين ٧ جمادى الأولى ١٤٠٥هـ، الموافق ١٩-٢٨ يناير ١٩٨٥م، قد نظر في الملاحظات، التي أبداها بعض أعضائه، حول ما أجازه المجمع في الفقرة الرابعة، من البند الثاني من القرار الخامس، المتعلق بالتلقيح الصناعي، وطفل الأنابيب الصادر في الدورة السابعة، المنعقدة في الفترة مابين ١١-١٦ ربيع الآخر ١٤٠٤هـ. ونصها:

(إن الأسلوب السابع، الذي تؤخذ فيه النطفة والبويضة من زوجين، وبعد تلقيحهما في وعاء الاختبار، تزرع اللقيحة في رحم الزوجة الأخرى للزوج نفسه، حيث تتطوع بمحض اختيارها بهذا الحمل، عن ضرتها المنزوعة الرحم)؛ يظهر لمجلس المجمع أنه جائز عند الحاجة، وبالشروط العامة المذكورة. وملخص الملاحظات عليها: (إن الزوجة الأخرى، التي زرعت فيها لقيحة بويضة الزوجة الأولى قد تحمل ثانية قبل انسداد رحمها، على حمل اللقيحة، من معاشرة الزوج لها، في فترة متقاربة مع زرع اللقيحة، ثم تلد توأمين، ولا يعلم ولد اللقيحة من ولد معاشرة الزوج، كما لا تعلم أم ولد اللقيحة التي أخذت منها البويضة من أم ولد معاشرة الزوج، كما قد تموت علقة أو مضغة أحد الحملين، ولا تسقط إلا مع ولادة الحمل الآخر، الذي لا يعلم أيضًا أهو ولد اللقيحة، أم حمل معاشرة ولد

الزوج!؟ ويوجب ذلك اختلاط الأنساب لجهة الأم الحقيقية لكل من الحملين، والتباس ما يترتب على ذلك من أحكام، وإن ذلك كله يوجب توقف المجمع عن الحكم في الحالة المذكورة). كما استمع المجلس إلى الآراء التي أدلى بها أطباء الحمل والولادة الحاضرين في المجلس، والمؤيدة لاحتمال وقوع الحمل الثاني من معاشرة الزوج لحاملة اللقيحة، واختلاط الأنساب على النحو المذكور في الملاحظات المشار إليها. وبعد مناقشة الموضوع، وتبادل الآراء فيه، قرر المجلس: سحب حالة الجواز الثالثة المذكورة في الأسلوب السابع، المشار إليها من قرار المجمع، الصادر في هذا الشأن في الدورة السابعة عام ١٤٠٤هـ بحيث يصبح قرار المجلس المشار إليه في موضوع التلقيح الاصطناعي وأطفال الأنابيب على النحو التالي:

الحمد لله وحده، والصلاة والسلام على سيدنا ونبينا محمد، وبعد: فإن مجلس المجمع الفقهي الإسلامي، قد نظر في الدراسة، التي قدمها عضو المجلس مصطفى أحمد الزرقاء، حول التلقيح الاصطناعي وأطفال الأنابيب الأمر الذي شغل الناس، وكان من أبرز قضايا الساعة في العالم. واستعرض المجلس ما تحقق في هذا المجال من إنجازات طبية، توصَّل إليها العلم والتقنية في العصر الحاضر، لإنجاب الأطفال من بني الإنسان، والتغلب على أسباب العقم المختلفة المانعة من الاستيلاد. وقد تبين للمجلس من تلك الدراسة الوافية المشار إليها، أن التلقيح الاصطناعي بغية الاستيلاد (بغير الطريق الطبيعي وهو الاتصال الجنسي المباشر بين الرجل والمرأة) يتم بأحد طريقين أساسيين:

- طريق التلقيح الداخلي، وذلك بحقن نطفة الرجل في الموقع المناسب من باطن المرأة .

- وطريق التلقيح الخارجي بين نطفة الرجل وبويضة المرأة في أنبوب اختبار، في المختبرات الطبية، ثم زرع البويضة الملقحة (اللقيحة) في رحم المرأة . ولابد في الطريقين من انكشاف المرأة على من يقوم بتنفيذ العملية . وقد تبين لمجلس المجمع من تلك الدراسة المقدمة إليه في الموضوع، ومما أظهرته المذاكرة والمناقشة، أن الأساليب والوسائل التي يجري بها التلقيح الاصطناعي بطريقيه الداخلي والخارجي، لأجل الاستيلاد هي سبعة أساليب بحسب الأحوال المختلفة، للتلقيح الداخلي فيها أسلوبان، وللخارجي خمسة من الناحية الواقعية، بقطع النظر عن حلها أو حرمتها شرعًا، وهي الأساليب التالية :

في التلقيح الاصطناعي الداخلي:

الأسلوب الأول:

أن تؤخذ النطفة الذكرية، من رجل متزوج، وتحقن في الموقع المناسب داخل مهبل زوجته، أو رحمها، حتى تلتقي النطفة التقاء طبيعيًّا بالبويضة التي يفرزها مبيض زوجته، ويقع التلقيح بينهما، ثم العلوق في جدار الرحم، بإذن الله، كما في حالة الجماع. وهذا الأسلوب يلجأ إليه إذا كان في الزوج قصور، لسبب ما، عن إيصال مائه في المواقعة إلى الموضع المناسب.

الأسلوب الثاني:

أن تؤخذ نطفة من رجل، وتحقن في الموقع المناسب من زوجة رجل آخر،

حتى يقع التلقيح داخليًّا، ثم العلوق في الرحم، كما في الأسلوب الأول. ويلجأ إلى هذا الأسلوب، حين يكون الزوج عقيمًا، لا بذرة في مائه، فيأخذون النطفة الذكرية من غيره .

في طريق التلقيح الخارجي :

الأسلوب الثالث:

أن تؤخذ نطفة من زوج، وبويضة من مبيض زوجته، فتوضعا في أنبوب اختبار طبي، بشروط فيزيائية معينة، حتى تلقح نطفة الزوج بويضة زوجته في وعاء الاختبار، ثم بعد أن تأخذ اللقيحة في الانقسام والتكاثر، تنقل في الوقت المناسب، من أنبوب الاختبار إلى رحم الزوجة نفسها صاحبة البويضة، لتعلق في جداره، وتنمو وتتخلق ككل جنين، ثم في نهاية مدة الحمل الطبيعية، تلده الزوجة طفلاً أو طفلة. وهذا هو طفل الأنبوب الذي حققه الإنجاز العلمي، الذي يسره الله، وولد به إلى اليوم عدد من الأولاد ذكورًا وإناثًا وتوائم، تناقلت أخبارها الصحف العالمية، ووسائل الإعلام المختلفة. ويلجأ إلى هذا الأسلوب الثالث، عندما تكون الزوجة عقيمًا، بسبب انسداد القناة التي تصل بين مبيضها ورحمها (قناة فالوب).

الأسلوب الرابع:

أن يجري تلقيح خارجي في أنبوب الاختبار، بين نطفة مأخوذة من زوج،

وبويضة مأخوذة من مبيض امرأة، ليست زوجته (يسمونها متبرعة)، ثم تزرع اللقيحة في رحم زوجته. ويلجؤون إلى هذا الأسلوب، عندما يكون مبيض الزوجة مستأصلاً أو معطلاً، ولكن رحمها سليم قابل لعلوق اللقيحة فيه.

الأسلوب الخامس:

أن يجري تلقيح خارجي في أنبوب اختبار، بين نطفة رجل وبويضة امرأة، ليست زوجة له (يسمونها متبرعين)، ثم تزرع اللقيحة في رحم امرأة أخرى متزوجة. ويلجؤون إلى ذلك، حينما تكون المرأة المتزوجة- التي زرعت اللقيحة فيها- عقيمًا، بسبب تعطل مبيضها، لكن رحمها سليم، وزوجها أيضًا عقيم، ويريدان ولدًا.

الأسلوب السادس:

أن يجري تلقيح خارجي في وعاء الاختبار، بين بذرتي زوجين، ثم تزرع اللقيحة في رحم امرأة تتطوع بحملها. ويلجؤون إلى ذلك حين تكون الزوجة غير قادرة على الحمل، لسبب في رحمها، ولكن مبيضها سليم منتج، أو تكون غير راغبة في الحمل ترفُّهًا، فتتطوع امرأة أخرى بالحمل عنها

هذه هي أساليب التلقيح الاصطناعي، الذي حققه العلم لمعالجة أسباب عدم الحمل. وقد نظر مجلس المجمع، فيما نشر وأذيع - أنه يتم فعلاً تطبيقه في أوربا وأمريكا - من استخدام هذه الإنجازات، لأغراض مختلفة: منها تجاري، ومنها ما

يجري تحت عنوان (تحسين النوع البشري)، ومنها ما يتم لتلبية الرغبة في الأمومة لدى نساء غير متزوجات، أو نساء متزوجات، لا يحملن لسبب فيهن، أو أزواجهن، وما أنشئ لتلك الأغراض المختلفة من مصارف النطف الإنسانية، التي تحفظ فيها نطف الرجال، بصورة تقانية، تجعلها قابلة للتلقيح بها إلى مدة طويلة وتؤخذ من رجال معينين، أو غير معينين تبرعًا، أو لقاء عوض، إلى آخر ما يقال: إنه واقع اليوم في بعض بلاد العالم المتمدن.

النظر الشرعي بمنظار الشريعة الإسلامية :

هذا، وإن مجلس المجمع الفقهي الإسلامي، بعد النظر فيما تجمع لديه من معلومات موثقة، مما كتب ونشر في هذا الشأن، وتطبيق قواعد الشريعة الإسلامية ومقاصدها، لمعرفة حكم هذه الأساليب المعروضة وما تستلزمه، قد انتهى إلى القرار التفصيلي التالي:

أولاً: أحكام عامة:

أ- إن انكشاف المرأة المسلمة، على غير من يحل شرعًا بينها وبينه الاتصال الجنسي، لا يجوز بحال من الأحوال، إلا لغرض مشروع يعتبره الشرع مبيحًا لهذا الانكشاف.

ب- إن احتياج المرأة إلى العلاج من مرض يؤذيها، أو من حالة غير طبيعية في جسمها، تسبب لها إزعاجًا، يعتبر ذلك غرضًا مشروعًا، يبيح لها

الانكشاف على غير زوجها لهذا العلاج، وعندئذ يتقيد ذلك الانكشاف بقدر الضرورة.

ج- كلما كان انكشاف المرأة على غير من يحل بينها وبينه الاتصال الجنسي مباحًا لغرض مشروع، وجب أن يكون المعالج امرأة مسلمة - إن أمكن ذلك - وإلا فامرأة غير مسلمة، وإلا فطبيب مسلم ثقة، وإلا فغير مسلم بهذا الترتيب .

ولا تجوز الخلوة بين المعالج والمرأة التي يعالجها، إلا بحضور زوجها أو امرأة أخرى.

ثانيًا: حكم التلقيح الاصطناعي:

١. إن حاجة المرأة المتزوجة، التي لا تحمل، وحاجة زوجها إلى الولد، تعتبر غرضًا مشروعًا، يبيح معالجتها بالطريقة المباحة، من طرق التلقيح الاصطناعي.

٢. إن الأسلوب الأول (الذي تؤخذ فيه النطفة الذكرية، من رجل متزوج، ثم تحقن في رحم زوجته نفسها، في طريقة التلقيح الداخلي) هو أسلوب جائز شرعًا، بالشروط العامة الآنفة الذكر، وذلك بعد أن تثبت حاجة المرأة إلى هذه العملية لأجل الحمل.

٣. إن الأسلوب الثالث (الذي تؤخذ فيه البذرتان الذكرية والأنثوية من رجل وامرأة زوجين أحدهما للآخر، ويتم تلقيحهما خارجيًّا في أنبوب

اختبار، ثم تزرع اللقيحة في رحم الزوجة نفسها صاحبة البويضة) هو أسلوب مقبول مبدئيًّا في ذاته، بالنظر الشرعي، لكنه غير سليم تمامًا من موجبات الشك، فيما يستلزمه، ويحيط به من ملابسات، فينبغي ألَّا يلجأ إليه إلا في حالات الضرورة القصوى، وبعد أن تتوفر الشرائط العامة الآنفة الذكر.

٤. وفي حالتي الجواز الاثنتين، يقرر المجمع: أن نسب المولود، يثبت من الزوجين مصدري البذرتين، ويتبع الميراث والحقوق الأخرى ثبوت النسب، فحين يثبت نسب المولود، من الرجل والمرأة، يثبت الإرث وغيره من الأحكام، بين الولد ومن التحق نسبه به.

٥. وأما الأساليب الأخرى، من أساليب التلقيح الاصطناعي، في الطريقين الداخلي والخارجي، مما سبق بيانه، فجميعها محرمة في الشرع الإسلامي، لا مجال لإباحة شيء منها، لأن البذرتين الذكرية والأنثوية فيها، ليستا من زوجين، أو لأن المتطوعة بالحمل هي أجنبية عن الزوجين مصدر البذرتين. هذا؛ ونظرًا لما في التلقيح الاصطناعي - بوجه عام- من ملابسات، حتى في الصورتين الجائزتين شرعًا، ومن احتمال اختلاط النطف، أو اللقائح في أوعية الاختبار، ولاسيما إذا كثرت ممارسته وشاعت، فإن مجلس المجمع الفقهي ينصح الحريصين على دينهم، ألَّا يلجؤوا إلى ممارسته، إلا في حالة الضرورة القصوى، وبمنتهى الاحتياط والحذر من اختلاط النطف، أو اللقائح.



هذا ما ظهر لمجلس المجمع الفقهي في هذه القضية ذات الحساسية الدينية القوية، من قضايا الساعة، ويرجو الله أن يكون صوابًا. والله سبحانه أعلم، وهو الهادي إلى سواء السبيل، وولي التوفيق. وصلى الله على سيدنا محمد، وعلى آله وصحبه وسلم تسليمًا كثيرًا. والحمد لله رب العالمين.

قضايا أخرى تتعلق بالتلقيح الصناعي:

اللقائح الفائضة:

تتطلب عملية الإخصاب الصناعي تخصيب أكثر من بييضة خوفاً من عدم نجاح الإخصاب في مرة واحدة، وتودع البييضات الملحقة في بنوك الأجنة لتستخدم مرة أخرى إذا دعت الحاجة لذلك، في حالة عدم نجاح المرة الأولى.

ومن هنا أصبح من الواجب معرفة الحكم المتعلق بهذه الأجنة (أواللقائح)، وتتلخص استعمالات هذه البييضات في الأمور الآتية:

١- التجميد

٢- إجراء التجارب والأبحاث عليها.

٣- وضعها في بنوك تسمى بنوك الأجنة.

وسنناقشها فيمايأتي تباعا:

١- تجميد اللقائح:

لا شك إن لتجميد الأجنة فوائد منها: تسهيل عملية الإخصاب، وتسهيل



إجراء الأبحاث والتجارب الطبية عليها كدراسة الأمراض الوراثية وغيرها، كما يمكن أن يساهم في تطوير زراعة الأعضاء من خلال أبحاث الخلايا الجذعية لكن هذا التجميد ينطوي أيضاً على مفاسد منها: أحتمال اختلاط الأنساب خاصة مع طول مدة التجميد، وهناك مشكلة في استخدامها في الأبحاث والتجارب.

٢- إجراء التجارب والأبحاث على اللقائح الفائضة

يمكن أن ينظر أولاً في الحالة التي تكون عليها الأجنة عند التفكير في إجراء الأبحاث عليها، وهنا يمكن التمييز بين حالتين:

الأولى: عندما يكون الجنين في وضع بحيث لو ترك لتطور وتخلق ونما ليصبح صالحاً لنفخ الروح فيه.

الثانيه: أن يكون في وضع بحيث لو ترك لتوقف عن التطور والنمو، ولا يمكن بحال توفير الوضع المناسب له، واقعاً أو شرعاً، لينمو ويتطور.

ففي الحالة الأولى لا يجوز إجراء الأبحاث على الجنين، وأما في الحالة الثانية فيجوز التصرف فيه، ومن ذلك إجراء الأبحاث عليه. [1]

صور البييضة الملقحة الزائدة، والحكم الشرعي فيها:

يمكن إجمال هذه الصور فيما يأتي:

١) أن تكون حية، ويمكن غرسها في الرحم.

٢) أن تكون حية ويمنع مانع شرعي أو واقعي تطورها.

(١) النجيمي، محمد: مرجع سابق نص ١٦٦-١٦٧.

٣) أن تكون عديمة الحياة.

وبالنظر إلى المفاسد التي تحصل نتيجة لإجراء الابحاث على هذه البييضات تتلخص فيما يأتي: إتلاف الأجنة، والمساس بكرامة الإنسان، وفتح الباب أمام الاستغلال وإساءة التصرف بالأجنة.

أما بالنسبة للمصالح، فيمكن لهذه التجارب أن تساهم مستقبلاً في معالجة بعض الأمراض كالأمراض العصبية، والوقاية من الإجهاض التلقائي، وبعض العيوب الوراثية، ودراسة التشوهات الخلقية، وغيرها، وهي مصالح معتبرة في هذا الشأن.

ومن هنا وجب الموازنة بين المصالح والمفاسد للخروج بحكم شرعي.

ويتبين من نتيجة الموازنة بين المصالح والمفاسد في هذه الحالات؛ أن المصالح تتفوق على المفاسد، ومن هنا فإن الحكم الشرعي هو الجواز مع مراعاة الشروط الآتية:

١- أن يغلب على الظن تحقق مصلحة معتبرة للمجتمع من إجراء هذه التجارب.

٢- ألا توجد طريقة أخرى لتحقيق هذه المصالح.

٣- أن يكون استخدام اللقائح بإذن الأبوين ورضاهما كليهما

٤- أن لا تستخدم هذه اللقائح في أبحاث عبثية غير جادة أو لا حاجة لها، أو أنها من قبيل التحسينات وليس الضروريات او الحاجيات

٥- أن تتفق هذه الأبحاث والتجارب مع النظام العام، فلا يحدث تغيير لخلق الإنسان أو التلاعب بالجينات، أو إختلاف الأنساب، وغيرها من المفاسد.

اختزال الأجنة

ويقصد به تقليل عدد الأجنة عندما يحتوي الرحم على عدد كبير من التوائم بعد عملية الإخصاب الصناعي. فالمعروف أن استخدام تقنيات وإجراءات الإخصاب الصناعي تستدعي إعادة أكثر من بييضة ملقحة إلى الرحم، مما يزيد من احتمال الحمل بأجنة متعددة. ويشكل هذا عبئًا ومضاعفات على كل من الأم الحامل والأجنة، لأنه من الثابت طبيا أن الحمل المتعدد يؤدي إلى مضاعفات أكثر مقارنة بالحمل بجنين واحد. وتزداد المضاعفات كلما زاد عدد الأجنة، فقد تتعرض للموت، أو تأخر نموها وصغر حجمها ووزنها، أو تتعرض للإصابة بأمراض ترتبط بذلك كالشلل الدماغي.

وتتم عملية اختزال الأجنة بإجهاض بعضها لمصلحة ما يتبقى منها، ويتم غالبًا بحقن الجنين المراد إجهاضه بمادة كلوريد البوتاسيوم، حيث يتوقف قلبه ويموت [1].

والسؤال الأخلاقي هنا: هل يسوغ إجهاض جنين، من أجل الإبقاء على

---

(1) Evans MI, Andriole S,and Britt DW.Fetal reduction:25years experience.Fetal Diagnosis and Therapy.2014,35:69-82.

جنين آخر حيًا أو في وضع صحي أفضل؟ وهل هذه المصلحة المعتبرة والمحتملة تكافئ الضرر الناتج عن إجهاض جنين أو أكثر والتضحية بحياته؟

لقد بينا حكم الإجهاض في الفصل الثالث عشر، وعرفنا أنه لا يجوز إلا عندما يكون هناك خطر على حياة الأم، أو أن يكون الجنين مشوهًا تشويهًا شديدًا، وقبل نفخ الروح.

فهل يسوغ إجهاض بعض الأجنة حماية لبقية الأجنة وضمان استمرار الحمل؟ وهل يمكن اعتبارها ضرورة تبيح اسقاط الحمل، كما هو الحال في الأجنة المشوهة تشوُّهًا شديدًا؟

والحقيقة أنني لم أقف على فتوى للمجامع الفقهية تخص هذه الحالة، إلا أن هناك فتوى صادرة عن دار الإفتاء في الأردن تجيز ذلك، [١] وهناك فتوى للشيخ علي جمعة منشورة في موقع دار الإفتاء المصرية. [٢]

وتنص لائحة نظام وحدات الإخصاب في المملكة العربية السعودية على مايأتي:

"لا يجوزإعادة أكثر من ثلاثة أجنة أو لقائح إلى رحم الزوجة في دورة العلاج الواحدة بطفل الأنابيب أو الحقن المجهري" [٣]

---

(١) موقع دار الإفتاء الأردنية. https://aliftaa.jo/Question.aspx?QuestionId=743#.XbRqXej7TIW

(٢) موقع دار الإفتاء المصرية.
http://www.dar-alifta.org/ar/ViewFatwa.aspx?sec=fatwa&LangID=1&ID=14175

(٣) نظام وحدات الإخصاب والأجنة وعلاج العقم. أم القرى، العدد ٤٧٩٧، السنة ٩٧، ٢١ محرم ١٤٤١هـ (٢٠ سبتمبر٢٠١٩م).

وبذلك توصي الكلية الأمريكية لطب النساء والتوليد بأن يتم تحديد عدد الأجنة التي تنقل أو بإلغاء دورة موجهة الغدد التناسلية (Gonadotrophin cycle)، حتى لا نضطر إلى إجهاض الأجنة.[(١)]

ومن ناحية شرعية فإن دفع الضرورة أولى من رفعها بعد وقوعها،[(٢)] ومعنى ذلك أن الأولى الاكتفاء بعدد محدود من الأجنة يدفع ضرورة الإجهاض، فلايحتاج إليه.

تأجير الأرحام

حملت تقنيات الإخصاب الصناعي جملة من القضايا والنوازل، منها نازلة تأجير الأرحام. فقد أغرى نجاح هذه التقنيات النساء اللواتي لا يستطعن الحمل بسبب عيب خلقي في الرحم أو انسداد في القنوات الرحمية (قناة فالوب)، باللجوء إلى نساء أخريات لديهن القدرة والاستعداد لحمل جنين بتأجير أرحامهن مقابل المال، أو بالتبرع بهذا الحمل دون مقابل.

وتكون على صورتين، وهما:

الأولى: أن يجري تلقيح خارجي بين حيوان منوي وبييضة من زوجين في أنبوب اختبار، ثم تزرع اللقيحة في رحم امرأة تبرعت برحمها أو أجرته.

---

(1)ACOG Committee opinion NO.719. Multifetal pregnancy reduction. https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Ethics/co719.pdf

(٢) جرادات، أحمد موسى. قاعدة الدفع أولى من الرفع وتطبيقاتها الفقهية. دار المنظومة .file:///C:/Users/USER/Downloads/9802-023-002-0940-T.pdf

الثانية: هي نفس الصورة الأولى، إلا أن المتبرعة بالرحم في هذه الحالة هي زوجة ثانية للزوج صاحب النطفة.

وقد تبين معنا فيما مضى أن إدخال أي عنصر أجنبي عن الزوجين في عملية الإخصاب الصناعي، يترتب عليه اضطراب في النسب لا يجيزه الإسلام مطلقًا، وينسحب هذا الحكم على تأجير الأرحام. لكن تأجير الأرحام يثير قضية أخرى وأسئلة إضافية تتعلق بالدرجة الأولى بإثبات النسب. فلمن ينسب المولود من حيث الأبوة ومن حيث الأمومة؟ وماذا يترتب على إثبات النسب في كل حالة؟

والمعلوم أن لكل مولود بأبيه صلة تكوين ووراثة من خلال الحيوان المنوي. وله بأمه صلتان:

الأولى: صلة تكوين ووراثة وأصلها البييضة منها.

والثانية: صلة حمل وولادة وحضانة، واصلها الرحم.[١]

وعلى أساس هذه الصلة بمواصفاتها كاملة، تترتب الأحكام الشرعية فيما بين الولد وأبويه، فهي متفرعة عن النسب بينهم. فإذا تفرقت صلتا الوراثة والتكوين بين أكثر من أم، فيشترك في الولد أم هي صاحبة البويضة، والأخرى التي حملته في رحمها، حصل الإشكال في من تكون الأم الحقيقية.[٢] ويمكن القول حينئذ إن انقطاع فرعي الصلة أو أحدهما يجعل صلة الأمومة تنقطع أيضًا.

---

(١) أبوزيد، بكر بن عبد الله. فقه النوازل، م١(١-٥)، ص٢٤٧.

(٢) شرف الدين، أحمد. هندسة الإنجاب والوراثة في ضوء الأخلاق والشرائع، ص ١٦١.

وهناك محدد شرعي آخر للأبوة وهو فراش الزوجية، ويؤخذ من حديث الرسول ﷺ: «**الولد للفراش، وللعاهر الحجر**»[١].

ومعنى هذا الحديث أن الولد ينسب إلى الرجل الذي ولد في فراش زوجيته التي تمت بعقد صحيح، حتى ولو لم يكن أبوه حقيقة، وذلك من أجل الستر ودرءًا لمفسدة الطعن في النسب. أما الزاني فلا ينسب إليه ولد. فإذا كان الحيوان المنوي من رجل غريب تبرع به لزوجة رجل آخر، فقد أصبح المولود مقطوع الصلة عقلًا وواقعًا وطبعًا وشرعًا.[٢]

فهناك نقطتان مهمتان تعتريان تأجير الأرحام، وهما:

١. الضبابية التي تحيط بالأمومة في هذه الحالات، فتجعلها مفهومًا مضطربًا وغير محدد المعالم.

٢. أن الرحم في نظر الإسلام له حرمة تمنع أن يكون محل امتهان أو ابتذال، كما يدخل استئجار الرحم في موضوع الفروج، والأصل في الفروج الحرمة.[٣]

وإضافة إلى موضوع اختلاط الأنساب، هناك آثار سلبية تترتب على استئجار الأرحام منها:

---

(١) متفق عليه (اخرجه البخاري (٦٨١٨)، ومسلم(1458)). الدرر السنية. https://www.dorar.net/hadith/sharh/126374

(٢) ابوزيد، بكر بن عبد الله: مرجع سابق، ص ٢٤٧.

(٣) السديس، حصة بنت عبد العزيز استئجار الأرحام دراسة فقهيةمقارنة١-٢. موقع المسلم: http://almoslim.net/node/139515 تم الدخول بتاريخ٢٣ ربيع الأول ١٤٤١ هـ (٢٠ نوفمبر ٢٠١٩م).

٣. اصطباغ الأمومة بالصبغة التجارية، إذ تصبح كأنها سلعة تباع وتشترى.(١)

٤. الخلافات التي تنشب بين الأم صاحبة البويضة، والأم صاحبة الرحم المستأجر.(٢)

٥. المشكلة القانونية التي تترتب على عملية الاستئجار عندما يتنازع على الأبوة والأمومة أكثر من طرف، مع أن الولد للفراش، (٣) حيث تختلط أمور مثل الحضانة والميراث وغيرها.

وهناك قضية مبدئية مهمة أخرى، وهي: هل يصلح أن تكون أعضاء الإنسان محلًا للتأجير والتعاقد؟

لقد مر معنا في فصل زراعة الأعضاء تحريم المتاجرة بها، فهي أصلا ملك لله سبحانه وتعالى، فلا يجوز التصرف فيها إلا بوجه شرعي. فكيف والحال أن تأجير الرحم مظنة اختلاط الأنساب، وحصول مفاسد أخرى.

---

(١) انتشرت في الغرب مراكز ومؤسسات كثيرة تروج لهذه التجارة، خاصة في ا لولايات المتحدة الأمريكية، وتضاعف عدد طالبي تاجير الأرحام بشكل متزايد. انظر: موقع مركز التحكم بالأمراض بأمريكا (CDC) :
https://www.cdc.gov/art/key-findings/gestational-carriers.html

(٢) سجلت حالات كثيرة من الخلافات حول حضانة الوليد بين الأبوين صاحبي البويضة وبين صاحبة الرحم المستأجر.
على سبيل المثال، انظر: حول https://www.ngalaw.co.uk/knowledge-centre/surrogacy-disputes الخلافات حول تأجير الأرحام.
وانظر أيضا: 7 US surrogacy dispute: surrogate refuses to abort at genetic parents' request

(٣) شرف الدين، أحمد: مرجع سابق، ص ٢٠٦.

وهناك من ألحق استئجار الرحم بمعنى الزنا أو شبهته،[1] ومعلوم أن المسلم مأمور بتجنب الشبهات.

وإذا كان نسب الولد شرعًا يكون إلى الأم صاحبة الفراش، فإن هذا يوقع المناصرين لجواز استئجار الأرحام في معضلة نسب الأمومة للوليد عن هذا الطريق.

وخلاصة القول: إن استئجار الأرحام محرم شرعًا، نظرًا لما ينطوي عليه من خلط للأنساب، وغيره من المآخذ الشرعية. وقد قال بالتحريم جمع من العلماء المعاصرين، ودور الإفتاء والمجامع الفقهية.[2]

اختيار جنس الجنين

ويقصد به استخدام وسائل طبيعية أو تقنيات طبية لتحديد أنوثة الجنين أو ذكورته.

الأصل في حكم تحديد جنس الجنين

نحتاج لنقرر هذا الأصل أن ننظر في الإجابة على هذا السؤال:

-هل يعتبر اختيار جنس الجنين سائغًا شرعًا واخلاقيًا؟

ويمكن النظر لهذا الموضوع من خلال الاعتبارات الآتية:

---

(١) شرف الدين، أحمد: مرجع سابق، ص ٢٠٣.

(٢) انظر: شرف الدين: مرجع سابق ص ١٩٥-١٩٩ وانظر: فتوى المجمع الفقهي برابطة العالم الإسلامي الذي قال بحرمة جميع الصور التي يدخل فيها عنصر أجنبي عن الزوجين.

أ) هل يدخل في باب الإباحة الأصلية تبعًا للقاعدة الشرعية: "الأصل في الأشياء الإباحة"؟

ب) هل يعد اختيار جنس الجنين منازعة لقدر الله سبحانه وتعالى في تقديره الذكورة والأنوثة أم أن الأخذ بالأسباب سائغ شرعًا، ولا استثناء هنا؟

ت) هل يقاس على علاج العقم الذي لا ينازع أحد في جوازه؟

ث) هل المفاسد المتوقع حدوثها نتيجة لإباحة تحديد جنس الجنين تطعن في مشروعيته؟ ومن ذلك: الإخلال بالتوازن الطبيعي في نسب الذكور والإناث، وفتح المجال للعبث العلمي في خلق الإنسان وتكوينه، وغيرها من المفاسد.

ج) هل تفضيل جنس على آخر يؤدي إلى التمييز السلبي بين الجنسين، وهل هو مناقض للشرع؟

والحقيقة أن الإجابة عن هذه الأسئلة وغيرها، والتي أثيرت حول تحديد جنس الجنين من حيث الأصل، وصلت بالفقهاء الأجلاء في نهاية المطاف إلى القول بالجواز إذ لا مانع شرعًا من ذلك، وكل المناقشات أجاب عنها الفقهاء، وترجح لديهم القول بالجواز مع ضرورة الضوابط، وذلك درءًا للمفاسد التي قد تنتج عنه، وإن خالف بعضهم في المسألة.[1]

---

(١) المصلح، خالد بن عبد الله. رؤية شرعية في تحديد جنس الجنين، ص ١٩. منشور إلكترونيًا.
file:///C:/Users/USER/Downloads/ar_Gens_Alganeen.pdf
النتشة، محمد عبد الجواد. المسائل الطبية المستجدة في ضوء الشريعة الإسلامية: دراسة مقارنة، ص ١٦٦.
وانظرما نقله عبد الناصر أبو البصل في بحثه: تحديد جنس الجنين، ص ٣: بحث مقدم للمجمع الفقهي التابع لرابطة العالم الإسلامي، منشور إلكترونيًا في موقع دار الإفتاء الأردني، مع مخالفته في المسألة:
https://www.aliftaa.jo/Research.aspx?ResearchId=38

هذا في مسألة جواز تحديد جنس الجنين من حيث الأصل. أما عند التفصيل، فيمكن تفريع المسألة إلى عدة مسائل:

الأولى: مسألة التفريق بين استخدام الوسائل الطبيعية، والتقنيات الحديثة.

الثانية: مسألة التفريق بين استخدام التقنيات لتحديد جنس الجنين لغرض طبي، وأغراض أخرى كالرغبة الشخصية.

الثالثة: مسألة استخدام التقنيات الطبية لاختيار جنس الجنين لمن هو قادر على الإنجاب طبيعيًا.

أما بالنسبة للوسائل الطبيعية مثل توقيت المعاشرة الزوجية، واتباع برنامج غذائي معين، أو استعمال الغسيل المهبلي، واستخدام بعض الهرمونات في اختيار جنس الجنين، فلا إشكال فيها، فهي من المباحات، إذا لم هناك ضرر من استخدامها. [١]

وأما بالنسبة للتقنيات الحديثة، فيجدر بنا أولًا أن نصفها، ثم نعرض حكمها من الناحية الشرعية.

تقنيات اختيار جنس الجنين

ويتم ذلك بإحدى الطرق الآتية:

١. اختيار جنس الجنين قبل التلقيح:

(١) أنظر: أبو البصل: مرجع سابق، والمصلح: مرجع سابق، ص ٢٨.

ويتم ذلك بفصل الحيوانات المنوية، حيث يتم غربلة الحيوانات المنوية باستخدام أدوات خاصة، لكن هذه الطريقة لا تعطي نتائج دقيقة.

والطريقة الأفضل والأكثر دقة هي عن طريق دراسة الخصائص التكوينية والجينية للحيوانات المنوية (Flow cytometry) ، وذلك بدراسة محتوى المادة الوراثية لكل حيوان منوي على حدة، ويمكن بعد ذلك فصل الحيوانات المنوية التي تحتوي على الكروموزوم (x) أو(y) ، ويتم التلقيح بعد معرفة ما سيؤول إليه ذكرًا أم أنثى .

٢. اختيار جنس الجنين بعد التلقيح وقبل الغرس:

وذلك عن طريق فصل الأجنة بعد تلقيحها ضمن تقنية ما يعرف بالتشخيص الجيني قبل الغرس (preimplantation genetic diagnosis) حيث تؤخذ اللقيحة عندما تصل إلى مرحلة ٦-٨ خلايا وتشفط منها خلية وتدرس جينيا لمعرفة جنس الجنين. وتتميز هذه الطريقة بأنها أكثر الطرق نجاحًا، حيث تصل نسبة نجاحها إلى ١٠٠٪[١].

٣. اختيار جنس الجنين بعد التلقيح وبعد الغرس:

ويتم ذلك بعد تكون الجنين في مراحل متقدمة نوعًا ما، باستخدام الأشعة الصوتية وخزعة الخملات المشيمية، فيعرف جنس الجنين، فإن كان الجنس المطلوب فبها ونعمت؛ وإلا أجهض.[٢]

---

(١) لويس، نجيب. اختيار جنس المولود - تحديد نوع الجنين قبل الحمل. https://2u.pw/dT94R

(2) WHO. Gender and Genetics. https://www.who.int/genomics/gender/en/index4.html .

تحديد جنس الجنين لغرض طبي

ويقصد به تحديد جنس الجنين، لاستبعاد بعض الأجنة حسب جنسها. وتتم من خلال عملية التشخيص الجيني قبل الغرس في الرحم. وعملية التشخيص هذه تساعد في اكتشاف الأجنة المصابة بأمراض جينية لاستبعادها من عملية الغرس، وتغرس الأجنة السليمة فقط.

أما في حالة اختيار جنس الجنين، فالمعروف أن هناك أمراضًا مرتبطة بالكروموزوم إكس (X)، وموجود لدى الذكور واحد فقط. أما الإناث فموجود منه اثنان. ولهذا تظهر هذه الأمراض عند الذكور بصفة غالبة، ومن أمثلتها مرض الناعور (الهيموفيليا) الناتج عن نقص العنصر رقم ٨ في سلسلة تخثر الدم، ومنها مرض الحثل العضلي أي ضمور العضلات (Muscular dystrophy) فيستبعد الذكور من عملية الغرس إذا كانت الأم حاملة للمرض، حتى لا يولد مواليد مصابون بالمرض.

وهكذا نجد أن اختيار الجنين في هذه الحالة يحقق مصلحة بالكشف عن مرض قد يصاب به الجنين فيولد به، كما أنه يدرأ مفسدة الإصابة بالمرض.

أحكام تحديد جنس الجنين بالتقنيات الحديثة

أما تحديد جنس الجنين لغرض طبي فلا إشكال في جوازه لتحقيقه مصلحة الكشف عن مرض ومنع حدوثه، ويتماشى هذا مع مقاصد الشريعة في حفظ النفس، وحفظ النسل، وقواعد المصلحة، ودفع الضرر.

وأما اختيار جنس الجنين لغرض شخصي بحت دون ضرورة أو حاجة طبية، فهنا يقع الحرج الشرعي، والخلاف حول الحكم الشرعي. وهناك اتفاق بين الفقهاء في عدم جواز اختيار جنس الجنين عندما يكون أمرًا عامًا على مستوى الأمة، لما قد يحدثه ذلك من خلل في توزيع النوع الإنساني. [١]

وأما على المستوى الفردي فهناك رايان فقهيان، وهما:

الأول: القول بالمنع مطلقا. [٢]

الثاني: الجواز مطلقا، كحاجة يراها الزوجان (نفسية أو اجتماعية أو صحية). [٣]

وقد وضع الذين أباحوا اختيار جنس الجنين ضوابط وشروطًا تضبط هذا الفعل حتى لا يؤدي إلى مفاسد. ومن هذه الضوابط والشروط ما يأتي:

١. التأكيد على عدم حدوث اختلاط الأنساب
٢. التأكيد على حفظ العورات.
٣. أن تكون هناك مراقبة دائمة لهذا النوع من الإجراءات.
٤. أن تتم بالتراضي بين الزوجين.

---

(١) النادي، محمد إبراهيم. اختيار جنس الجنين قي ضوء الفقه الإسلامي.دراسة مقارنة،ص ١١٠.
https://jfslt.journals.ekb.eg/article_10759_b45ceaca8346ff46de310b4105446490.pdf
(٢) الغامدي، منيرة علي. تحديد جنس الجنين في الشريعة الإسلامية ص ٢٠. https://2u.pw/Y4Apn
واليابس، هيلة عبد الرحمن. تحديد جنس الجنين، ص ١٧٥١-١٧٥٢.
file:///C:/Users/USER/Downloads/ganin.pdf
(٣) اليابس، هيلة عبد الرحمن: المرجع السابق، ص ١٧٥٣. والغامدي، منيرة: مرجع سابق، ص ١٨. وأبو العزم السيد، نادية. رؤية طبية فقهية لبعض طرق الانجاب الاصطناعية، ص ٣٠١٣.

٥. قصر هذه العملية على ما تدعو إليه الحاجة، وليس بكل حالة. [١]

٦. الأمن من إلحاق الضرر بالجنين. [٢]

٧. أن لا يلحق ضررًا بالمرأة. [٣]

قرار مجمع الفقه الإسلامي التابع لرابطة العالم الإسلامي:

"إن مجلس المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في دورته التاسعة عشرة المنعقدة بمكة المكرمة في الفترة من ٢٢ـ٢٧/ شوال/ ١٤٢٨هـ التي يوافقها ٣ـ٨/ نوفمبر/ ٢٠٠٧م، قد نظر في موضوع: (اختيار جنس الجنين)، وبعد الاستماع للبحوث المقدمة، وعرض أهل الاختصاص، والمناقشات المستفيضة.

فإن المجمع يؤكد على أن الأصل في المسلم التسليم بقضاء الله وقدره، والرضى بما يرزقه الله؛ من ولد، ذكراً كان أو أنثى، ويحمد الله تعالى على ذلك، فالخيرة فيما يختاره الباري جل وعلا، ولقد جاء في القرآن الكريم ذم فعل أهل الجاهلية من عدم التسليم والرضى بالمولود إذا كان أنثى، قال تعالى: ﴿ وَإِذَا بُشِّرَ أَحَدُهُم بِٱلْأُنثَىٰ ظَلَّ وَجْهُهُۥ مُسْوَدًّا وَهُوَ كَظِيمٌ ﴿٥٨﴾ ﴾ [النحل:٥٨].

ولا بأس أن يرغب المرء في الولد ذكراً كان أو أنثى، بدليل أن القرآن الكريم

---

(١) المصلح، خالد بن عبدالله:مرجع سابق، ٢٠-٢١.

(٢) اليابس، هيلة عبدالرحمن: مرجع سابق، ص ١٧٧٨.

(٣) النادي، محمد : مرجع سابق، ص ١١٩.

أشار إلى دعاء بعض الأنبياء بأن يرزقهم الولد الذكر، وعلى ضوء ذلك قرر المجمع ما يلي:

أولاً: يجوز اختيار جنس الجنين بالطرق الطبيعية؛ كالنظام الغذائي، والغسول الكيميائي، وتوقيت الجماع بتحري وقت الإباضة؛ لكونها أسباباً مباحة لا محذور فيها.

ثانياً: لا يجوز أي تدخل طبي لاختيار جنس الجنين، إلا في حال الضرورة العلاجية في الأمراض الوراثية، التي تصيب الذكور دون الإناث، أو بالعكس، فيجوز حينئذٍ التدخل، بالضوابط الشرعية المقررة، على أن يكون ذلك بقرار من لجنة طبية مختصة، لا يقل عدد أعضائها عن ثلاثة من الأطباء العدول، تقدم تقريراً طبياً بالإجماع يؤكد أن حالة المريضة تستدعي أن يكون هناك تدخل طبي حتى لا يصاب الجنين بالمرض الوراثي، ومن ثم يعرض هذا التقرير على جهة الإفتاء المختصة لإصدار ما تراه في ذلك.

ثالثاً: ضرورة إيجاد جهات للرقابة المباشرة والدقيقة على المستشفيات والمراكز الطبية؛ التي تمارس مثل هذه العمليات في الدول الإسلامية، لتمنع أي مخالفة لمضمون هذا القرار. وعلى الجهات المختصة في الدول الإسلامية إصدار الأنظمة والتعليمات في ذلك.»[1]

***

(١) قرارات مجمع الفقه الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في دوراته العشرين، ص ٥٠٣-٥٠٥. https://2u.pw/MG8Ok

الفصل الثالث عشر:

منع الحمل والتعقيم

منع الحمل والتعقيم

الحالات

الحالة الأولى:

تفاجأت إحدى الطبيبات بزوج إحدى المريضات وقد أقام عليها دعوى بأنها قد ركبت لولبًا لمنع الحمل لزوجته، دون أن تحصل على إذن منه.

الحالة الثانية:

زارت مريضة تبلغ من العمر ٣٥ عامًا ولديها خمسة أولاد، ونظرًا لوجود التهابات في الحوض طلبت من الطبيبة إجراء عملية ربط للقنوات الرحمية (Fallopian tube)، واشترطت عليها أن لا تخبر زوجها.

الحالة الثالثة:

امرأة تبلغ من العمر ٣٢ عامًا، ولديها طفلان. في حملها الثالث تعبت كثيرًا، وشخص حالها بأنها تعاني من اعتلال عضلة القلب حول الولادة (Peripartum Cardiomyopathy)، وهو مرض لاعلاج له إلا زراعة القلب. نصحها الأطباء بعدم الحمل في المستقبل، لكن زوجها رفض ذلك رفضًا قاطعًا بحجة أنه يرغب في مزيد من الذرية.

الحالة الرابعة

امراة تبلغ من العمر ٣٩ عامًا ولديها ثلاثة أطفال، تمت ولادة الاثنين

الأخيرين بعملية قيصرية، أصغرهما عمره سنتان ونصف. طلبت من استشارية النساء والتوليد إجراء عملية لربط القنوات الرحمية (قناتي فالوب)، وذلك لأنها لا ترغب هي وزوجها بمزيد من الأولاد، كما أنها لا تريد الولادة عن طريق العمليات القيصرية.

طُرق ووسائل منع الحمل:

لجأ الإنسان إلى طرق مختلفة لمنع الحمل منذ وقت مبكر، وتطورت هذه الطرق والوسائل في العصر الحاضر، ويمكن تقسيم هذه الوسائل إلى ما يأتي: [١]

١- الوسائل الطبيعية.

٢- استخدام الهرمونات، وهي أكثر الطرق استحداثاً في الوقت الحاضر.

٣- اللولب.

٤- الوسائل العازلة.

٥- التعقيم.

وسنعطي لمحة موجزة عن كل نوع من هذه الأنواع:

١. الطرق الطبيعية:

ويُقصد بها الطرق التي تستخدم دون تدخل في جسم المرأة أو الرجل، ويُعرف منها:

---

(1) https://www.medicinenet.com/birth_control_methods/article.htm
https://www.nhs.uk/conditions/contraception/contraceptive-patch/
https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/index.htm
https://www.plannedparenthood.org/learn/birth-control

أ. الامتناع عن الجماع، وهي وسيلة فعالة لمنع الحمل ١٠٠٪.

ب. طريقة الحساب: حيث تحاول المرأة بوسائل طبيعية معرفة وقت الإخصاب ونزول البويضة، ويمتنع الزوجان في هذه الفترة عن الحمل، وتتراوح نسبة نجاحها بين ٧٥ – ٩٩٪.

ت. العزل: والمقصود به نزع الذكر من المهبل في أثناء الجماع قبل علمية الإنزال، وهو المذكور في الحديث المروي عن النبي ﷺ، وسيأتي ذكره لاحقاً.

٢. **استخدام الهرمونات:**

ويُقصد بها استخدام مركبات كيميائية من الهرمونات الأنثوية، الإستروجين والبروجستيرون، أحدهما أو الاثنين معاً، وتوجد هذه المركبات على الهيئات الآتية:

أ. الأقراص المركبة (الإستروجين، والبروجستيرون).

ب. أقراص البروجستيرون.

ج. اللواصق الجلدية.

هـ. الحلقة المانعة للحمل.

و. الحقن المانعة للحمل.

ز. الزرع تحت الجلد.

أ.الأقراص المركبة:

وتحتوي على هرموني البروجستيرون والإستروجين، ويمكن أن تستخدم لمدة ٢١ يوماً مع انقطاع لمدة ٧ أيام، أو ٢٨ يوماً.

ودورها في منع الحمل هو منع الإباضة (ovulation) من المبيض، وتغيير بطانة الرحم بحيث يكون من الصعب على البويضة الالتصاق بجدار الرحم، كما تقوم بتثخين المخاط في عنق الرحم مما يجعل الحيوان المنوي أقل قدرة من الوصول إلى الرحم.

ولهذه الهرمونات بعض الأعراض الجانبية، ومنها آلام المعدة الخفيفة، وبعض الآلام في الثدي، والصداع، كما قد تسبب النزف بين الدورتين.

يضاف إلى ذلك أن بعض النساء المصابات ببعض الأمراض لا يمكنهن استخدام هذه الأقراص كالمصابات بارتفاع ضغط الدم، واللاتي لديهن قابلية للإصابة بالجلطات.

ب.أقراص البروجستيرون:

وتحتوي على هرمون واحد هو البروجيستيرون، وتؤخذ يومياً دون انقطاع.

ودورها في منع الحمل هو تثخين المخاط في عنق الرحم، مما يجعل وصول الحيوان المنوي إلى الرحم صعباً، كما قد توقف الإباضة من المبيض.

ومن ميزاتها أنه يمكن أخذها من قِبل النساء اللواتي يصعب إعطاؤهن هرمون البروجستيرون، كالمصابات بضغط الدم أو اللاتي لديهن قابلية تكّون الجلطات.

ومشكلة هذه الأقراص أنه يتوجب أخذها يومياً وفي نفس الوقت، كما أنها يمكن أن تتسبب في توقف الدورة، أو أن تصبح قليلة النزف، أو غير منتظمة أو كثيرة التكرار.

ج .اللواصق الجلدية:

وتحتوي على نوعين من الهرمونات: البروجستيرون، والإستروجين.

وتوضع اللاصقة على الجلد في أي مكان من الجسم وحتى الثدي، وتبقى اللاصقة الواحدة لمدة أسبوع وتستبدل بها أخرى لمدة ٢١ يوماً (ثلاثة أسابيع)، وتُتبع بأسبوع دون لاصقة.

وتشترك مع الأقراص المركبة في نفس الآثار الجانبية، وقد تسبب تهيج الجلد في المكان الذي توضع فيه. وهناك ما يشير إلى أنها تسبب الجلطات في الأوردة أكثر من غيرها بنسبة طفيفة (١٠٠ حالة لكل ١٠٠,٠٠٠ حالة) استخدام. وقد يصعب استخدامها بالنسبة للبدينات من النساء.

د.الحلقة المانعة للحمل:

وهي عبارة عن حلقة مرنة توضع داخل المهبل، وتطلق هرمونات الإستروجين والبروجستيرون، وتبقى في مكانها لمدة تصل إلى ٢١ يومًا.

وبما أنها تحتوي على الهرمونات المركبة فهي تقوم بنفس الفعل (كما ذُكر في أقراص الهرمونات المركبة).

وتشترك معها في آثارها الجانبية.

ومن ميزاتها سهولة التخلص منها وإخراجها. ومن مشاكلها أنها قد تسبب تهيج المهبل، وقد تسقط للخارج أحياناً.

هـ.الحقن المانعة للحمل:

وتحتوي على هرمون البروجستيرون فقط، وتُحقن كل ثلاثة أشهر بواسطة الطبيبة.

من آثارها الجانبية: التغيير في نمط نزف الدورة الشهرية، وزيادة الوزن، وآلام الثدي، وتغير المزاج، والصداع، وصعوبة العودة إلى الإخصاب؛ حيث لا يُنصح بها لمن تريد الحمل خلال سنة أو سنتين.

ويمكن أن تستمر الأعراض الجانبية لمدة ستة أشهر بعد آخر حقنة.

و.الزريعة تحت الجلد:

وهي عبارة عن زريعة نحيفة من البلاستيك، تزرع تحت الجلد في العضد، ويمكن أن تمنع الحمل لمدة ٤ سنوات حيث تقوم بإطلاق هرمون البروجستيرون، وتتم زراعتها بعملية جراحية بسيطة بفتحة في الجلد.

ز.اللولب:

وهو جهاز صغير على شكل حرف T، ويوضع داخل الرحم، وهو نوعان: نوع يحتوي على الهرمونات، وآخر لا يحتوي على الهرمونات.

-النوع الأول: يحتوي على هرمون البروجستيرون والذي يفرز تدريجياً وببطء، ويصل إلى الدورة الدموية، ويعمل على زيادة المادة المخاطية في

عنق الرحم، مما يجعل رحلة الحيوان المنوي إلى الرحم صعبة. كما يغير بطانة الرحم فيصبح غير مناسب لالتصاق البويضة بجدار الرحم.

- النوع الثاني: لا يحتوي على الهرمونات، ويقوم بمنع التصاق الحيوان المنوي والبويضة بجدار الرحم (بطانة الرحم).

٣.الوسائل العازلة لمنع الحمل:

ويُقصد بها وسائل تَحُول بين الحيوان المنوي والوصول إلى الرحم. ومنها الوسائل الآتية:

أ. العازل الذكري: ويُستخدم بواسطة الرجل، حيث يوضع على الذكر أثناء الانتصاب.

ب. العازل الأنثوي: وهو عبارة عن غمد (Sheath) مرن جداً، أسطواني الشكل، وله حلقة في كل طرف، ويوضع في المهبل، ويمنع وصول السائل المنوي إلى الرحم.

ج. الإسفنجة: وهي عبارة عن إسفنجة صغيرة توضع في المهبل، وتغطي عنق الرحم.

د. الحاجز الأنثوي: وهو مصنوع من مادة السيليكون على شكل الكوب الصغير، حيث يوضع في المهبل، ويمنع وصول الحيوان المنوي إلى الرحم؛ حيث يغلق فتحة عنق الرحم.

هـ. مبيد النطف (الحيوانات المنوية): وهي عبارة عن مواد كيميائية تبيد

الحيوانات المنوية أو تجعلها غير قادرة على الوصول إلى البويضة.

٤ .التعقيم (Sterilization)

ويقصد به إبطال القدرة على الإنجاب بصفة دائمة لا رجعة فيها.

أولًا: تعقيم الرجل:

ويقصد به ربط القناة المنوية (الأسهر)، والتي تنقل الحيوانات المنوية من البربخ في الخصية إلى القناة الدافقة لتتم عملية القذف أثناء الجماع. وقد استخدمت هذه الطريقة منذ زمن بعيد، حيث يتم ربط القناة أو قطعها أو تثبيتها بما يغلقها. وتتم هذه العملية تحت التخدير الموضعي، ويُمكن أن تُجرى في العيادة، ويؤدي هذا إلى أن يصبح الرجل عقيماً على الدوام لا يمكنه الإنجاب بالطرق الطبيعية.

ثانيا: تعقيم المرأة:

ويتم ذلك بربط القناة الرحمية (قناة فالوب)، والتي تحمل البويضات من المبيض لتوصلها إلى الرحم، ويتم ذلك بعملية جراحية تحت التخدير العام، حيث تربط القناتان في الجهتين، أو تُشبك بما يؤدي إلى إغلاقها. وفي هذه الحالة تصبح المرأة غير قادرة على الإنجاب بصفة دائمة.

فعالية وسائل منع الحمل

لا توجد طريقة من هذه الطرق فعالة مئة في المئة، وهي متفاوتة في فعاليتها، وتحمل درجات متفاوتة من الإخفاق، خاصة في الواقع العملي. وقد تم ترتيبها تنازليًا من حيث قوة الفعالية في دراسة علمية حديثة كما يأتي:

١. تعقيم النساء، الطرق الهرمونية طويلة الأجل، (الزريعة وتلك المحتوية على هرمون ليفونورجيستريل).
٢. اللولب النحاسي الذي تبلغ مساحة سطحه أكثر من ٣٠٠ملم٢.
٣. اللولب النحاسي الذي تبلغ مساحة سطحه أقل من ٣٠٠ملم٢، وكذلك الهرمونات قصيرة الأجل (الحقن، والأقراص، واللواصق).
٤. طرق العوازل والطرق الطبيعية. [١]

الأحكام المتعلقة بمنع الحمل

يقتضي البحث الفقهي في مسألة منع الحمل بالنظر في الأحاديث النبوية المتعلقة بالعزل، وقياس استخدام وسائل الحمل الحديثة عليه.

والمقصود بالعزل: إخراج الذكر من فرج المرأة في أثناء الجماع، وقبل الإنزال.

أحاديث وردت في العزل:

-عن جابر قال: (كنا نعزل على عهد رسول اللهّ صلى اللهّ عليه وآله وسلم والقرآن ينزل). [٢].

زاد في رواية مسلم: «**لو كان شيئا ينهى عنه لنهانا القرآن**». [٣]

---

(1) Mansour D, Inki P, Gemzell-Danielsson K. Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature. European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2010;15(1):4-16. doi:10.3109/13625180903427675.

(٢) اخرجه البخاري (5208). الدرر السنية. https://www.dorar.net/hadith/sharh/135229

(٣) رواه مسلم في باب حكم العزل (١٤٤٠). صحيح مسلم، ص ٦٥٧.
https://ia800202.us.archive.org/15/items/samusamu/samu.pd

- عن أبي سعيد الخدري رضي الله عنه قال: ذكر العزل عند رسول الله ﷺ فقال: ولم يفعل أحدكم ذلك؟ ولم يقل: لا يفعل أحدكم ذلك، فإنه ليست نفس مخلوقة إلا الله خالقها.[(١)]
- عن جذامة بنت وهب رضي الله عنها قالت: حضرت رسول الله ﷺ وهويقول: «**لقد هممت أن أنهى عن الغيلة، فنظرت في الروم وفارس فإذا هم يغيلون أولادهم فلا يضر أولادهم ذلك شيئًا**» ثم سألوه عن العزل، فقال ﷺ: «**ذلك الوأد الخفي**».[(٢)]
- ما ورد عن أبي سعيد الخدري رضي الله عنه ذكر العزل قال: فسألنا رسول الله ﷺ فقال: «**لاعليكم أن لا تفعلوا، ما كتب الله خلق نسمة هي كائنة إلى يوم القيامة إلا وستكون**».[(٣)]

وللفقهاء بالنظر إلى هذه الأحاديث وغيرها مما ورد في العزل قولان في المسألة، وهما:[(٤)]

القول الأول: يجوز العزل عن الزوجة الحرة مطلقًا، وقول آخر: بالجواز بإذنها مع الكراهية، وقول ثالث: بالجواز بغير إذنها.

---

(١) رواه مسلم في باب حكم العزل (بدون رقم). صحيح مسلم،ص ٦٥٦.
https://ia800202.us.archive.org/15/items/samusamu/samu.pd
(٢) رواه مسلم في باب جواز الغيلة وهي وطء المرضع وكراهية العزل. صحيح مسلم(١٤٤٢)، ص ٦٥٧.
https://ia800202.us.archive.org/15/items/samusamu/samu.pd
(٣) رواه مسلم في باب حكم العزل (١٤٣٨). صحيح مسلم،٦٥٦.
https://ia800202.us.archive.org/15/items/samusamu/samu.pd
(٤) منصور، محمد خالد. الأحكام الطبية المتعلقة بالنساء في الفقه الإسلامي. ط١. دار النفائس، الأردن،١٤١٩هـ (١٩٩٩م)، ص ١٣٢ وما بعدها.

القول الثاني: يحرم العزل عن الزوجة الحرة مطلقًا، على قول، أو بغير إذنها على قول آخر.

وهناك أسباب للخلاف في هذه المسألة يرجع إليها في مظانها مع النظر في الأدلة ووجه الاستدلال فيها.

وبعد النظر في الأدلة ووجه الاستدلال فيها، وما يرد عليها من مآخذ، والإجابة عنها، وأقوال العلماء فيها؛ يأتي الترجيح، وهو:

جواز العزل عن الزوجة الحرة بإذنها مع الكراهة التنزيهية الناشئة عن عدم وجود سبب مقتضٍ للعزل.[١]

يقول الشيخ الدكتور عبد الله الطريقي بعد دراسته لأحاديث العزل، وأقوال الفقهاء ومناقشتها:

"مما سبق من الأقوال والمناقشة يتبين لي أن أظهر هذه الأقوال وأرجحها هو القول، بجواز العزل، غير أن أصحاب هذا الرأي اختلفوا فيه على قولين: فمنهم من قال **بالجواز مطلقًا، ومنهم من قال بالجواز على شروط"**[٢] **ثم ذكر الشروط، وهي:**

أ- رضا الزوجين:

١. رضا الزوج وحقه في الولد.

٢. رضا الزوجة الحرة وحقها في الولد.

---

(١) منصور، محمد خالد: مرجع سابق، ص١٤٨.

(٢) الطريقي، عبد الله بن عبد المحسن. تنظيم النسل وموقف الشريعة الإسلامية منه. ط١. بدون دار نشر.١٤٠٢ هـ (١٩٨٣م)، ص ١٣٢.

والقول الآخر: جواز العزل مطلقا، ورجح في النهاية ضرورة أخذ إذن الزوجة.

ب ـ انتفاء الضرر.[١]

حكم موانع الحمل الحديثة المؤقتة

قياساً على حكم العزل وهو الجواز مع الكراهة التنزيهية؛ فإن حكم وسائل منع الحمل الحديثة هو الجواز، فيجوز استخدام وسائل المنع المؤقتة إذا كان ثمة سبب للمنع يؤدي بالمسلم إلى الحرج والمشقة.

ومن جملة الأسباب التي يُمنع من أجلها الحمل:

١. إنقاذ حياة المرأة وصحتها كالإصابة ببعض الأمراض التي تتفاقم مع الحمل كأمراض القلب، وبعض أمراض السرطان، وغيرها.
٢. خشية وقوع الضرر على الجنين كإصابة الأم بمرض الإيدز.
٣. خشية المرأة على الرضيع من التأثر بوليد جديد.[٢]

قرارات وفتاوى حول منع الحمل والتعقيم

أولًا: فتوى هيئة كبار العلماء في السعودية

نظرًا إلى أن الشريعة الإسلامية ترغب في انتشار النسل وتكثيره، وتعتبر

---

(١) الطريقي، عبد الله: مرجع سابق، ص١٣٢-١٥٧.
(٢) منصور، خالد : مرجع سابق، ص ١٥١-١٥٣.

النسل نعمة كبرى ومنة عظيمة، مَنَّ الله بها على عباده، فقد تضافرت بذلك النصوص الشرعية من كتاب الله تعالى، وسنة رسوله ﷺ، مما أوردته اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء في بحثها المعد للهيئة والمقدم لها، ونظرًا إلى أن القول بتحديد النسل أو **منع الحمل** مصادم للفطرة الإنسانية التي فطر الله الخلق عليها، وللشريعة الإسلامية التي ارتضاها الرب -تعالى- لعباده، ونظرًا إلى أن دعاة القول بتحديد النسل أو **منع الحمل** فئة تهدف بدعوتها إلى الكيد للمسلمين بصفة عامة، وللأمة العربية المسلمة بصفة خاصة، حتى تكون لهم القدرة على استعمار البلاد، واستعباد أهلها، وحيث إن في الأخذ بذلك ضربًا من أعمال الجاهلية، وسوء ظن بالله تعالى، وإضعافًا للكيان الإسلامي المتكون من كثرة اللبنات البشرية وترابطها؛ لذلك كله فإن المجلس يقرر بأنه لا يجوز تحديد النسل مطلقًا، ولا يجوز **منع الحمل** إذا كان القصد من ذلك خشية الإملاق؛ لأن الله تعالى هو الرزاق ذو القوة المتين، وما من دابة في الأرض إلا على الله رزقها، أما إذا كان **منع الحمل** لضرورة محققة، ككون المرأة لا تلد ولادة عادية، وتضطر معها إلى إجراء عملية جراحية لإخراج الولد، أو كان تأخيره لفترة ما لمصلحة يراها الزوجان، فإنه لا مانع حينئذ من **منع الحمل** أو تأخيره؛ عملًا بما جاء في الأحاديث الصحيحة، وما روي عن جمع من الصحابة رضوان الله عليهم، من جواز العزل وتمشيًا مع ما صرح به بعض الفقهاء من جواز شرب الدواء لإلقاء النطفة قبل الأربعين، بل قد يتعين **منع الحمل** في حالة ثبوت الضرورة المحققة.

ثانيًا: قرار مجمع الفقه التابع لرابطة العالم الإسلامي.

فقد نظر مجلس المجمع الفقهي الإسلامي في موضوع تحديد النسل أو ما يسمى تضليلاً بـ (تنظيم النسل).

وبعد المناقشة وتبادل الآراء في ذلك قرر المجلس بالإجماع ما يلي:

نظراً إلى أن الشريعة الإسلامية تحض على تكثير نسل المسلمين وانتشاره، وتعتبر النسل نعمة كبرى ومنة عظيمة منَّ الله بها على عباده، وقد تضافرت بذلك النصوص الشرعية من كتاب الله – عز وجل – وسنة رسوله، ﷺ، ودلت على أن القول بتحديد النسل أو منع الحمل مصادم للفطرة الإنسانية التي فطر الله الناس عليها، وللشريعة الإسلامية التي ارتضاها الله – تعالى – لعباده، ونظراً إلى أن دعاة القول بتحديد النسل أو منع الحمل فئة تهدف بدعوتها إلى الكيد للمسلمين لتقليل عددهم بصفة عامة، وللأمة العربية المسلمة والشعوب المستضعفة بصفة خاصة، حتى تكون لهم القدرة على استعمار البلاد واستعباد أهلها، والتمتع بثروات البلاد الإسلامية، وحيث إن في الأخذ بذلك ضرباً من أعمال الجاهلية وسوء ظن الله – تعالى – وإضعافاً للكيان الإسلامي المتكون من كثرة اللبنات البشرية وترابطها.

لذلك كله فإن المجمع الفقي الإسلامي يقرر بالإجماع أنه لا يجوز تحديد النسل مطلقًا، ولا يجوز منع الحمل إذا كان القصد من ذلك خشية الإملاق، لأن الله – تعالى – هو الرزاق ذو القوة المتين، وما من دابة في الأرض إلا على الله رزقها، أو كان ذلك لأسباب أخرى غير معتبرة شرعاً.

أما تعاطي أسباب منع الحمل أو تأخيره في حالات فردية لضرر محقق لكون المرأة لا تلد ولادة عادية وتضطر معها إلى إجراء عملية جراحية لإخراج الجنين، فإنه لا مانع من ذلك شرعاً، وهكذا إذا كان تأخيره لأسباب أخرى شرعية أو صحية يقرها طبيب مسلم ثقة، بل قد يتعين منع الحمل في حالة ثبوت الضرر المحقق على أمه إذا كان يخشى على حياتها منه بتقرير من يوثق به من الأطباء المسلمين.

أما الدعوة إلى تحديد النسل أو منع الحمل بصفة عامة، فلا تجوز شرعاً للأسباب المتقدم ذكرها، وأشد من ذلك في الإثم والمنع إلزام الشعوب بذلك وفرضه عليها في الوقت الذي تنفق فيه الأموال الضخمة على سباق التسلح العالمي للسيطرة والتدمير، بدلاً من إنفاقه في التنمية الاقتصادية والتعمير وحاجات الشعوب.

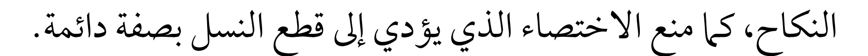
حكم التعقيم:

وهو المنع الدائم للحمل، وحكمه التحريم إلا للضرورة، وذلك للأسباب الآتية:[1]

١- أن رسول الله ﷺ نهى عن التبتل، وهو الانقطاع عن النساء وترك

---

(١) الأحكام الطبية المتعلقة بالنساء: مرجع سابق،١٢٠-١٢٤.



النكاح، كما منع الاختصاء الذي يؤدي إلى قطع النسل بصفة دائمة.

٢- إن من مقاصد الشريعة الإسلامية حفظ النسل وبقاؤه، ومنع الحمل الدائم ووسائله هادمة لهذا المقصد العظيم.

٣- أن في المنع الدائم للحمل مصادمة للفطرة الإنسانية المجبولة على حب النسل والولد.

٤- قياس التعقيم الدائم على الوأد (وهو قتل المولودة) بجامع أن كلًا منهما يؤدي إلى قطع النسل.

فتوى المجتمع الفقهي الدولي

قرار مجمع الفقه الإسلامي رقم: ٣٩ (١/٥)

إن مجلس مجمع الفقه الإسلامي المنعقد في دورة مؤتمره الخامس بالكويت من ١ إلى ٦ جمادى الآخرة ١٤٠٩هـ، الموافق١٠-١٥ كانون الأول (ديسمبر) ١٩٨٨م، بعد اطلاعه على البحوث المقدمة من الأعضاء والخبراء في موضوع تنظيم النسل، واستماعه للمناقشات التي دارت حوله، وبناءً على أن من مقاصد الزواج في الشريعة الإسلامية الإنجاب، والحفاظ على النوع الإنساني، وأنه لا يجوز إهدار هذا المقصد، لأن إهداره يتنافى مع نصوص الشريعة وتوجيهاتها الداعية إلى تكثير النسل والحفاظ عليه والعناية به، باعتبار حفظ النسل أحد الكليات الخمس التي جاءت الشرائع برعايتها؛ قرر ما يلي:

أولاً: لا يجوز إصدار قانون عام يحد من حرية الزوجين في الإنجاب.

ثانيًا: يحرم استئصال القدرة على الإنجاب في الرجل أو المرأة، وهو ما

يعرف بالإعقام أو التعقيم، ما لم تدعُ إلى ذلك الضرورة بمعاييرها الشرعية.

ثالثًا: يجوز التحكم المؤقت في الإنجاب بقصد المباعدة بين فترات الحمل، أو إيقافه لمدة معينة من الزمان، إذا دعت إليه حاجة معتبرة شرعاً، بحسب تقدير الزوجين عن تشاور بينهما وتراضٍ، بشرط أن لا يترتب على ذلك ضرر، وأن تكون الوسيلة مشروعة، وأن لا يكون فيها عدوان على حملٍ قائم.

***

الفصل الرابع عشر: الإجهاض

الإجهاض

حالات

الحالة الأولى:

امرأة تبلغ من العمر ٣٣ عامًا، ولديها ثلاثة أطفال اكتشفت أنها حامل، وليست متأكدة من فترة الحمل. زارت طبيبة النساء والولادة وطلبت منها مساعدتها في إجهاض الجنين، حيث إنها ستسافر للدراسة في خارج البلاد، وسيكون هذا الجنين عبئًا عليها.

الحالة الثانية:

امرأة حامل في الأسبوع السادس والعشرين من الحمل، إحتاجت لعملية جراحية لاستئصال المرارة مع وجود التهابات شديدة، وتدهور في وضعها الصحي، مما يتطلب إجراء الجراحة بسرعة. وهناك احتمال كبير أن يؤدي إجراء العملية إلى إجهاض الجنين.

الحالة الثالثة:

حضرت امرأة لعيادة النساء والولادة للمتابعة لأول مرة، وهي في الأسبوع الثامن عشر من الحمل، وطلبت من الطبيبة إجهاض الجنين، حيث إنها عملت أشعة سينية شاملة للصدر والبطن وهي في الأسبوع التاسع من الحمل، ولم تكن متأكدة من أنها حامل في ذلك الوقت، وهي الآن خائفة من احتمالية تشوه الجنين.



الحالة الرابعة:

امرأة حامل في الأسبوع الثالث عشر، تم تشخيص جنينها بالإصابة بالتثلث الصبغي ١٨ (trisomy-18) قرر الطبيب المعالج إجهاض الجنين، وعرض ذلك على المرأة الحامل وزوجها بكثير من الإصرار والتأكيد.

الحالة الخامسة:

امرأة حامل في الشهر الخامس - وفي أثناء زيارة روتينية لعيادة النساء والولادة - اكتشف الفريق الطبي بعد إجراء الفحوصات والأشعة فوق الصوتية أن الجنين يعاني من تشوهات خَلقيه (عدم تكون القدم اليمنى مع الساق). طلبت المرأة وزوجها من الفريق الطبي إسقاط الجنين.

تمهيد

يقتضي الحديث عن الإجهاض بسط الحديث عن الجنين ومراحل تطوره والقضايا الأخرى المتعلقة بذلك مثل نفخ الروح، والأحاديث النبوية الواردة في ذلك.

ما الجنين؟

سمي الجنين بهذا الاسم لاجتنانه أي لاستتاره. والجنين: الولد في بطن أمه،[(١)] وجمعه أجنة وأجنن.

(١) ابن فارس، أبو الحسن أحمد. معجم مقاييس اللغه، ص ٤٢٢، الجزء الأول (المكتبه الشاملة).

مراحل تكوين الجنين

يمر الجنين بمراحل وأطوار متعددة حتى يصل إلى الخلقة المكتملة السوية في الفترة الأخيرة من الحمل. والأطوار التي يمر بها الجنين هي:

١. **النطفة:**

وقد ورد ذكرها في القرآن الكريم في قوله تعالى: ﴿أَلَمْ يَكُ نُطْفَةً مِّن مَّنِيٍّ يُمْنَىٰ ﴿٣٧﴾﴾ [القيامة:٣٧].

وينصرف المعنى هنا إلى نطفة الرجل. أما نطفة المرأة ففي قوله تعالى: ﴿إِنَّا خَلَقْنَا ٱلْإِنسَٰنَ مِن نُّطْفَةٍ أَمْشَاجٍ نَّبْتَلِيهِ فَجَعَلْنَٰهُ سَمِيعًا بَصِيرًا ﴿٢﴾﴾ [الإنسان:٢].

وقد أجمع المفسرون على أن الأمشاج هي الأخلاط المكونة من نطفة الرجل ونطفة المرأة، يمتشجان ويختلطان.[1]

٢. **النطفة الأمشاج:**

وهي التي تسمي اللقيحة " الزيجوت "، وتنتج من اختلاط نطفة الرجل (الحيوانات المنوية) بنطفة المرأة (البييضة) حيث يقوم حيوان منوي واحد بتلقيح بييضة واحدة، ويتم التلقيح عادة في القناة الرحمية (قناة فالوب)، حيث تبدأ اللقيحة بالانقسام حتى تصل إلى مرحلة الكرة المجوفة أو الكرة الجرثومية (Blastula)، وتدخل إلى تجويف الرحم في اليوم الخامس من التلقيح، وفي اليوم السادس تعلق بجوار الرحم.[2]

---

(١) البار، محمد علي. الجنين المشوه والأمراض الوراثية، ص ٣٧.

(٢) المرجع السابق، ص ٣٩.

٣. **العلقه:**

وهي المرحلة التي تعلق فيها الكرة الجرثومية، وتنغرز في الرحم وتستمر في التغذية والنمو حتى تصل إلى مرحلة المضغة بعدها.

٤. **المضغة:**

المضغة في اللغة قطعة لحم أو القطعه من اللحم، وتبدو كأنها مُضِغت، وهي المرحلة التي تظهر قبلها الكتل البدنية، وذلك في اليوم العشرين والواحد العشرين حتى يكتمل نموها إلى ٤٢ أو ٤٥ زوجاً من الكتل البدنية في اليوم الخامس والثلاثين، [(١)] وتستمر في النمو والتغذية والتخلّق حتى المرحلة التي بعدها، وهي:

٥. **تكوين العظم واللحم:**

يقول الله تعالى في كتابه العزيز ﴿ فَخَلَقْنَا ٱلْعَلَقَةَ مُضْغَةً فَخَلَقْنَا ٱلْمُضْغَةَ عِظَٰمًا فَكَسَوْنَا ٱلْعِظَٰمَ لَحْمًا ﴾ (المؤمنون: ١٤-١٥).

ويبدأ في هذه المرحلة تكوُّن الأجزاء التي يتشكل منها الهيكل العظمي للجنين، ويتبعها مباشرة تكون العضلات. [(٢)]

هذا بالنسبة لمراحل تكوُّن الجنين وتطوره في الجانب البدني المادي، وهناك تطور آخر تحدث عنه القرآن الكريم يختلف فيه الإنسان عن غيره، وقد ورد ذلك في قوله تعالى: ﴿ وَلَقَدْ خَلَقْنَا ٱلْإِنسَٰنَ مِن سُلَٰلَةٍ مِّن طِينٍ ﴿١٢﴾ ﴾ [المؤمنون:١٢].

---

(١) البار، محمد علي. الجنين المشوه، ص ٤٤.
(٢)المصدر نفسه، ص ٤٥.

وفي قوله تعالى: ﴿ ٱلَّذِىٓ أَحۡسَنَ كُلَّ شَىۡءٍ خَلَقَهُۥۖ وَبَدَأَ خَلۡقَ ٱلۡإِنسَٰنِ مِن طِينٖ ۝٧ ﴾ [السجدة:٧].

وقوله تعالى: ﴿ ثُمَّ سَوَّىٰهُ وَنَفَخَ فِيهِ مِن رُّوحِهِۦۖ وَجَعَلَ لَكُمُ ٱلسَّمۡعَ وَٱلۡأَبۡصَٰرَ وَٱلۡأَفۡـِٔدَةَۚ قَلِيلٗا مَّا تَشۡكُرُونَ ۝٩ ﴾ [السجدة:٩].

ومن هنا نعلم أن التطور الذي يغير حقيقة الجنين هو نفخ الروح، وهو الذي يحدد حياته، والله أعلم.(١)

وقد أورد المفسرون هذا المعنى عند تفسيرهم لقوله تعالى: ﴿ ثُمَّ أَنشَأۡنَٰهُ خَلۡقًا ءَاخَرَ ﴾، حيث قال به الشيخ السعدي في تفسيره. (٢) وهناك من فرق بين الخلق الآخر، وبين الروح باعتبارهما مرحلتين منفصلتين متتاليتين.(٣)

يقول ابن القيم: " فإن قيل: الجنين قبل نفخ الروح فيه، هل كان فيه حركة إحساس أم لا؟ قيل: كان فيه حركة النمو والاغتذاء كالنبات، لم تكن حركة نموه واغتذائه بالإرادة، فلما نفخت فيه الروح أُضيفت حركة حسيته وإرادته إلى حركة نموه واغتذائه "(٤)

---

(١) ياسين، محمد نعيم، أبحاث فقهية في قضايا طبيه معاصرة، ص ٨٥ ومابعدها.
(٢) السعدي تيسير الكريم المنان في تفسير كلام الرحمن. تفسير سورة المؤمنون.
(٣) غانم، عمر بن محمد، احكام الجنين في الفقه الإسلامي، ص٢٠.
(٤) ابن قيم الجوزية. التبيان في أقسام القرآن. ط١. تصحيح محمد الفقي. (١٣٥٢هـ/ ١٩٣٣ م)، ص ٣٥١.

نفخ الروح

يمثل نفخ الروح في الجنين نقطة مهمة، ومرحلة جوهرية في تطوره.

ولن ندخل في نقاش حول ماهية الروح، والخلاف الذي دار حولها، فغرضنا هنا هو أن نؤسس للأحكام المتعلقه بالإجهاض في مراحله المختلفة.

وقد وردت كلمة الروح في القرآن الكريم في معان كثيرة يمكن الرجوع لها، والمعنى الذي يهمنا هو المعنى الذي ورد بمعنى روح الإنسان الذي تنفخ فيه وهو في بطن أمه، [١] وذلك في قوله تعالى: ﴿ ثُمَّ سَوَّىٰهُ وَنَفَخَ فِيهِ مِن رُّوحِهِۦۖ وَجَعَلَ لَكُمُ ٱلسَّمۡعَ وَٱلۡأَبۡصَٰرَ وَٱلۡأَفۡـِٔدَةَۚ قَلِيلٗا مَّا تَشۡكُرُونَ ٩ ﴾ [السجدة:٩].

وقت نفخ الروح في الجنين

لم يكن بمقدورنا معرفة وقت نفخ الروح في الجنين لو لم ترد نصوص نبوية حول هذا الموضوع.

يقول الدكتور محمد البار في كتابه " الجنين المشوه والأمراض الوراثية" بعد أن استعرض مراحل تطور الجنين، وتطور جهازه العصبي:[٢]

١- **المراحل الأولى (قبل الأربعين)**: حياة للخلايا، ويمكن تسميتها (**حياة خلوية**).

٢- **مرحلة الأربعين ومابعدها**: وهي حياة قد اكتملت فيها عناصر

(١) غانم، عمر بن محمد، احكام الجنين في الفقه الإسلامي، ص ١٣٩.
(٢) البار محمد علي الجنين المشوه، ص ٤٢٦-٤٢٧.

البقاء، وتسمى الحياة النباتية، وربما سميت الحياة الحيوانية

٣- **مرحلة ما بعد نفخ الروح من بدء الحمل، وهي مرحلة ما بعد ١٢٠ يوماً**: وهي المرحلة الهامة التي تتكون فيها الخلايا العصبية في المخ، وتكون في أوج نشاطها، وتبدأ من الأسبوع السادس عشر (١٠٦ يوم)، وتنتهي في الأسبوع العشرين (١٤٠يوماً)، وتشهد زخم التكاثر والنمو للخلايا العصبية في فصي المخ، حيث توجد مراكز الحركة والإحساس، والكلام والمعرفة، والفكر والرؤية والذاكرة والعاطفة. أي كل المراكز التي بها يكتمل خلق الإنسان. وبدونها يبقى في حياة أقرب إلى حياة النبات. فإذا ماتت الخلايا تسمى حياة نباتية Vegetative life.

ما الإجهاض:

ورد الإجهاض لغة من الفعل جهض، يقال أجهضت الناقة إجهاضاً، إذا ألقت ولدها لغير تمام وهو الجهيض، وقد يسمى السقط وهو الذي قد تم خلقه ونفخ فيه الروح من غير أن يعيش. [1]

وأما عند الفقهاء فإن عباراتهم لا تتعدى المعنى اللغوي وهو: إلقاء المرأة جنينها ميتاً سواء تم خلقه أم لم يتم، نفخت فيه الروح أم لم تنفخ الروح، سواء

(١) إبن منظور. لسان العرب.ط / دار المعارف، ص ٣١٧.

كان الإلقاء بفعل فاعل أم تم تلقائياً [١] وبعض الفقهاء يستخدم لفظ الإسقاط بنفس المعنى. [٢]

الإجهاض عند الأطباء

بالرغم من الخلاف حول تعريف الإجهاض؛ تميل معظم المراجع الطبية إلى أنه: "خروج الجنين ومحتويات الحمل قبل الأسبوع العشرين من فترة الحمل، أو أن يكون وزن الجنين أقل من ٥٠٠ جرام". [٣]

ويفرق بينه وبين الولادة المبكرة التي تعرف بأنها: "الولادة بين الأسبوع العشرين والسابع والثلاثين من فترة الحمل".

ويتعلق هذا التعريف للإجهاض بالإجهاض التلقائي، وليس الحادث بفعل فاعل، ويعرف بالإجهاض المحدث (Induced abortion)، ويعني إخراج الجنين بالوسائل الطبية أو الجراحية.

أنواع الإجهاض:

يمكن تقسيم الإجهاض إلى الأنواع الآتية:

- **النوع الأول**: الإجهاض التلقائي أو الطبيعي:

---

(١) المحمدي، علي محمد يوسف. بحوث فقهية في مسائل طبية معاصرة، صــ ٢٠٥.

(٢) غانم. عمربن محمد. أحكام الجنين ١١٢.

(3). https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/miscarriag Science direct :
Merck manual: https://www.merckmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/abnormalities-of-pregnancy/spontaneous-abortion
MedicneNet. https://2u.pw/KGzjg
https://www.medicinenet.com/miscarriage_causes_and_symptoms/article.htm#what_is_a_miscarriage
Medline plus: https://medlineplus.gov/ency/article/001488.htm

وقد يسمى العفوي أيضاً. حيث يتم إلقاء محتويات الحمل خارج الرحم تلقائيًا لأسباب تتعلق بالجنين، أو الأم؛ دون تدخل من أحد، وقد تتراوح نسبته بين ١١ إلى ٢٢٪.[١]

وله عدة أنواع يعرفها الأطباء وطلاب الطب ليس هذا موضع الحديث عنها.

- **النوع الثاني**: الإجهاض الجنائي:

وقد يسمى الإجهاض الإجتماعي، حيث يكون لأسباب اجتماعية كخوف الفقر، وعدم الرغبة في كثرة الأولاد، ودخول المرأة ميدان العمل، وغيرها من الأسباب الإجتماعيه، ويدخل فيه الإجهاض لدوافع أخلاقية مثل دفع الفضيحه عند الحمل من سفاح.[٢]

- **النوع الثالث**: الإجهاض العلاجي:

وقد يسمى الإجهاض الضروري أو الاضطراري، حيث يتم تحت إشراف الطبيب، وغرضه علاجي يتعلق بالأم أو بالجنين، أو بهما معاً.

وسيقتصر بحثنا هنا على الإجهاض العلاجي، إذ هو محل البحث، وبه تتعلق جملة من الأحكام التي نحتاج إلى توضيحها.

---

(1) Rouse CE, Eckert LO, Babarinsa I, et al. Spontaneous abortion and ectopic pregnancy: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. *Vaccine*. 2017;35(48 Pt A):6563-6574. doi:10.1016/j.vaccine.2017.01.047.

(٢) النجيمي، محمد بن يحيى. الإجهاض: أحكامه وحدوده في الشريعه الإسلاميه والقانون الوضعي، دراسة مقارنة. ص ٢١ ومابعدها.

وقبل أن نوضح الأحكام المتعلقة بالإجهاض العلاجي نبين أولًا بعض جوانب تتعلق بالإجهاض العلاجي من الناحية الطبية، والأسس التي تبنى عليها أحكام الإجهاض، والأسباب المرضية التي تدعو إلى الإجهاض العلاجي.

الأسس التي تبنى عليها أحكام الإجهاض:

تبنى أحكام الإجهاض على الأسس الآتيه:[1]

الأساس الأول:

لا تعد النطفة ذات حياة محترمة حتى ينغلق عليها الرحم ثم تبدأ في التطور إلى مرحلة العلقة، فلا عبرة شرعاً بالحياة النباتية قبلها.

الأساس الثاني:

لايجوز العدوان بإجهاض، ولا بغيره على الحياة الإنسانية؛ إستناداً إلى النصوص الشرعية التي تكرم الإنسان، مثل قوله تعالى: ﴿ ۞ وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِيٓ ءَادَمَ وَحَمَلْنَٰهُمْ فِي ٱلْبَرِّ وَٱلْبَحْرِ وَرَزَقْنَٰهُم مِّنَ ٱلطَّيِّبَٰتِ وَفَضَّلْنَٰهُمْ عَلَىٰ كَثِيرٍ مِّمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا ﴿٧٠﴾ ﴾ [الإسراء:٧٠].

وتحريم قتل النفس البشرية في قوله تعالى: ﴿ مِنْ أَجْلِ ذَٰلِكَ كَتَبْنَا عَلَىٰ بَنِيٓ إِسْرَٰٓءِيلَ أَنَّهُۥ مَن قَتَلَ نَفْسًۢا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِي ٱلْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ ٱلنَّاسَ جَمِيعًا ﴾ **الآية** [المائدة:٣٢].

وهو محل اتفاق بين الأئمة والفقهاء جميعاً.

---

(١) البوطي، محمد سعيد. مسألة تحديد النسل، ص ٦٩-٧٠، البار، محمد علي. مشكلة الإجهاض: دراسة طبية فقهية، ص ٣٨-٣٩.

الأساس الثالث:

ملاحظة الحقوق الثلاثة: وهي حق الجنين، وحق الوالدين، وحق المجتمع، وضرورة التناسق في مراعاة هذه الحقوق والتوازن إن اضطررنا للتعدي على أحدها، مثلاً.

الأساس الرابع:

ويتمثل في جملة من الأحاديث الصحيحة التي تشير الى الجنين ومراحل تطوره وتمايز هذه المراحل، نذكرها فيما يأتي:

الأحاديث الواردة في الجنين:

١. عن عبد الله بن مسعود رضي الله عنه قال: حدثنا رسول الله ﷺ وهو الصادق المصدوق – قال: «**إن أحدكم يجمع خلقه في بطن أمه أربعين يوماً، ثم يكون علقة مثل ذلك، ثم يكون مضغة مثل ذلك، ثم يبعث الله ملكاً فيؤمر بأربع: برزقه، وأجله، وعمله، وشقي أو سعيد، ثم ينفخ فيه الروح..** ».[١]

٢. وأورده الإمام مسلم بلفظ آخر: «**إن أحدكم يجمع خلقه في بطن أمه أربعين يوماً، ثم يكون في ذلك علقة مثل ذلك، ثم يرسل إليه الملك فينفخ فيه الروح، ويؤمر بأربع كلمات...** ».[٢]

---

(١) صحيح البخاري، الرقم 3208: الدرر السنية.https://dorar.net/hadith/sharh/4724

(٢) صحيح مسلم. كتاب القدر، الرقم ٢٦٤٣.المكتبة الشاملة.
https://www.waqfeya.net/book.php?bid=1763

٣. وعن حذيفة بن أسيد رضي الله عنه قال:" سمعت رسول الله ﷺ يقول: **«إذا مَرَّ بالنطفة ثنتان وأربعون ليلة، بعث الله إليها ملكآ فصوّرها، وخلق سمعها وبصرها وجلدها ولحمها وعظمها، ثم قال: يا رب أذكر أم أنثى؟ فيقضي ربك ما شاء ويكتب الملك، ثم يقول: يا رب رزقه؟ فيقضي ربك ما شاء، ويكتب الملك، ثم يخرج الملك بالصحيفة في يده، فلا يزيد على ما أمر ولا ينقص».** (١)

٤. وقد وردت روايات أخرى عن حذيفة رضي الله عنه، منها: **«يدخل الملك على النطفة بعدما تستقر في الرحم بأربعين او خمسة وأربعين ليلة، فيقول يارب: أشقي أو سعيد؟ فيكتبان، فيقول: أي رب أذكر أو أنثى؟ فيكتبان، ويكتب عمله، واجله، ورزقه، ثم تطوى الصُحف فلا يزاد فيها ولا ينقص».** (٢)

أحكام الإجهاض العلاجي:

يمكن البحث في الأحكام المتعلقة بالإجهاض من خلال النظر الى مرحلة تطور الجنين، أي قبل نفخ الروح أو بعد نفخ الروح.

---

(١) صحيح مسلم، الرقم2645 :الدرر السنية. https://www.dorar.net/hadith/sharh/23518

(٢) صحيح مسلم، الرقم ٤٩١١.جامع السنة وشروحها.
http://hadithportal.com/index.php?show=hadith&h_id=4911&uid=0&sharh=10000&book=31&bab_id=1181

الإجهاض بعد نفخ الروح:

اتفق فقهاء المذاهب الإسلامية من أهل السنة والجماعة على حرمة قتل الجنين بعد نفخ الروح – أي بعد مرور مئة وعشرين يوماً من التلقيح، ولا يجوز قتله بأي حال من الأحوال. [١]

فالجنين بعد هذه المدة يعد كائناً حياً يتمتع بالمعصومية، فلا يجوز التعدي عليه. [٢]

وقد نقل الإجماع على حرمة الإجهاض بعد نفخ الروح جملة من الفقهاء القدامى والمعاصرين. [٣]

والحالة الوحيدة التي يجوز فيها إسقاط الجنين في هذه المرحلة هي المحافظة على حياة الأم، فالمصلحة هنا آكد من المحافظة على الجنين، فهو جزء متصل، وهي كيان منفصل، وهو فرع لم يكتمل، وهي أصل قد اكتمل، وفوات الفرع أهون من فوات الأصل، ولهذا جازإجهاضه حتى بعد نفخ الروح. [٤]

الإجهاض قبل نفخ الروح

أما قبل نفخ الروح: أي قبل مرور ١٢٠ يوماً من بدء الحمل، فقد اختلف

(١) الطريقي، عبد الله محمد. تنظيم النسل وموقف الشريعة الإسلامية منه، ص ١٧٥.
(٢) البوطي محمد سعيد. مسألة تحديد النسل، ص ٩٦.
(٣) غانم، محمد: مرجع سابق، ص ١٦٩-١٧٠.
(٤) النفيسة، عبد الرحمن. الإجهاض آثاره وأحكامه. مجلة البحوث الفقهية المعاصرة العدد٧، ١٤١١ هـ، ص١٨٢.

الفقهاء في حكمه بعدة أقوال جمعها بعض الباحثين، ووصلت إلى خمس اتجاهات. وتدور هذه الاتجاهات بين التحريم المطلق، والكراهة في مرحلة النطفة والتحريم فيما بعدها، وجواز الإسقاط في مرحلة النطفة تحديدًا، أو جوازه في مرحلتي النطفة والعلقة، والتحريم في مرحلة المضغة، وبين الجواز المطلق فيما قبل المئة والعشرين يومًا.(١)

وقد رجح بعض الفقهاء المعاصرين القول بالتحريم المطلق، (٢) ورجح آخرون الجواز مطلقًا قبل الأربعين الأولى، (٣) كما نقل إجماع الفقهاء المعاصرين على جواز الإجهاض إذا توقفت عليه حياة الأم، وأن بعضهم قال بوجوبه. (٤)

وقد لخصها الدكتور محمد نعيم ياسين في بحثه المنشور في كتابه "أبحاث فقهية في قضايا طبية معاصرة" ننقلها عنه كما يأتي:

يقول:

اختلف فقهاء الاسلام في حكم إجهاض الجنين قبل نفخ الروح، وفي ذلك عدة أقوال:

---

(١) الطريقي، محمد: مرجع سابق، ص ١٨٢-١٨٣.

(٢) الطريقي، محمد: مرجع سابق، ص ٢٠٨.

(٣) النجيمي، محمد بن يحيى. الإجهاض: أحكامه وحدوده في الشريعة الإسلامية والقانون الوضعي: دراسة مقارنة، ص٩١.

(٤) الجابر، خالد بن حمد (أمين عام) موسوعة الفقه الطبي، ص١٣٣٣.

القول الأول:

إباحة الإجهاض في أي وقت قبل نفخ الروح. وقد قال بهذا القول معظم فقهاء الحنفية، وجمهور الشافعية، (وهو المعتمد عندهم)، وابن عقيل من الحنابلة.

القول الثاني:

تحريم الإجهاض في جميع مراحل الجنين قبل نفخ الروح، وهو قول معظم فقهاء المالكية، وبعض فقهاء الحنفية، والغزالي من فقهاء الشافعية، وابن الجوزي من فقهاء الحنابلة. وصرح بعض هؤلاء أن التحريم مقيد بعدم وجود العذر، فإن وجد عذر أبيح الإجهاض.

القول الثالث:

إباحة الإجهاض في مرحلتي النطفة والعلقة (أي في الأيام الثمانين الأولى من عمر الجنين)، وتحريمه في مرحلة المضغة (أي في الأيام الأربعين السابقة لنفخ الروح)، وهو قول بعض الشافعية.

القول الرابع:

إباحة الإجهاض في مرحلة النطفة (أي في الأيام الأربعين الأولى)، وتحريمه في مرحلتي العلقة والمضغة، وهو قول معظم فقهاء الحنابلة، واللخمي من فقهاء المالكية.

ويظهر أن حجة الفريق الأول والثالث تقوم على أن الجنين قبل نفخ الروح لا يكون آدميًا، وأن هذا النفخ لا يقع إلا بعد مئة وعشرين يوماً من تكون الجنين،

إنما استثنى الفريق الثالث الأربعين الأخيرة منها احتياطاً، لما قد يقع من الخطأ في تحديد عمر الجنين، فجعلها قريناً للروح.

وأما القائلون بالتحريم في جميع المراحل فحجتهم أن الجنين قبل نفخ الروح مخلوق فيه قابليه لأن يصبح آدمياً، وأنه أصل للآدمي، فيحرم إتلافه، كالمُحرِمِ لا يحل له أن يكسر بيض الصيد؛ لأن البيض أصل الصيد، فكذلك لا يحل إتلاف أصل الآدمي.

وأما أصحاب القول الأخير؛ فيظهر من أقوال بعض علمائهم أنهم إنما قصروا الإباحة على الأربعين الأولى؛ لأنهم كانوا يظنون أن الجنين لا ينعقد قبل ذلك.

ثم قال: والراجح – حسبما يغلب على ظننا – أن الأصل هو تحريم الإجهاض قبل نفخ الروح، ولكنه تحريم غير مطلق، وإنما يخضع لقاعدة الضرورات، والقاعدة التي توجب الأخذ بأعظم المصلحتين ودفع أعظم المفسدتين.[1].

***

(١) ياسين، محمد نعيم: مرجع سابق،١٠٣-١٠٥.

قرار هيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية، رقم ١٤٠ وتاريخ ٢٠/٦/١٤٠٧ بشأن الإجهاض

الحمد لله وحده، والصلاة والسلام على نبينا محمد وعلى آله وصحبه وسلم..

وبعد:

فإن مجلس هيئة كبار العلماء يقرر ما يلي:

- لا يجوز إسقاط الحمل في مختلف مراحله إلا لمبرر شرعي، وفي حدود ضيقة جداً.
- إذا كان الحمل في الطور الأول وهي مدة الأربعين، وكان في إسقاطه مصلحة شرعية أو دفع ضرر متوقع جاز إسقاطه. أما إسقاطه في هذه المدة خشية المشقة في تربية الأولاد، أو خوفاً من العجز عن تكاليف معيشتهم وتعليمهم، أو من أجل مستقبلهم، أو اكتفاءً بما لدى الزوجين من الأولاد؛ فغير جائز.
- لا يجوز إسقاط الحمل إذا كان علقة أو مضغة حتى تقرر لجنة طبية موثوقة أن استمراره خطر على سلامة أمه بأن يخشى عليها الهلاك من استمراره؛ جاز إسقاطه بعد استنفاد كافة الوسائل لتلافي تلك الأخطار.

- بعد الطور الثالث وبعد إكمال أربعة أشهر للحمل لا يحل إسقاطه حتى يقرر جمع من الأطباء المتخصصين الموثوقين أن بقاء الجنين في بطن أمه يسبب موتها وذلك بعد استنفاذ كافة الوسائل لإنقاذ حياته. وإنما رخص الإقدام على إسقاطه بهذه الشروط دفعًا لأعظم الضررين، وجلباً لعظمى المصلحتين). ويوصي المجلس بتقوى الله والتثبت في هذا الأمر.

والله الموفق، وصلى الله على نبينا محمد وآله وصحبه وسلم. انتهى القرار

تصور الضرورة في الإجهاض العلاجي

من المعلوم أن الشريعة الإسلامية تراعي حالات الضرورة والحاجة، فالقاعدة الشرعية تقول: "الضرورات تبيح المخطورات". فإذا وجدت ضرورة بضوابطها، فإنها تكون سبباً لإباحة المحرم مع مراعاة شروط الضرورة الشرعية.(١)

ولتطبيق قاعدة الضرورة في الإجهاض لابد من توفر ثلاثة شروط، وهي:

١- وجود حالة مرضية تتطلب بالضرورة إجهاض الجنين.

٢- تعذر العلاج دون الإجهاض.

٣- ثبوت الضرورة بشهادة أطباء ثقات عدول.(٢)

---

(١) النجمي، محمد بن يحي: مرجع سابق، صـ٨٧.

(٢) النفيسة، عبد الرحمن بن حسين، الإجهاض: آثاره وأحكامه مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، العدد السابع، ١٤١١هـ: ١٠٣-١٣٣.

حالات الضرورة التي يمكن أن تتيح الإجهاض يمكن تقسيمها إلى:

حالات تتعلق بالأم.

حالات تتعلق بالجنين.

أولًا: الأسباب التي تتعلق بالأم

ويمكن أن تكون أمراضًا أصيبت بها الأم، ويؤثرعليها الحمل، فيخشى زيادته أو تفاقمه، أوأنه يهدد حياتها. وقد يكون هناك خوف على الأم من الإصابة بمرض لا سبيل لدفعه إلا بالإجهاض، وقد تكون هناك حاجة لإجراء علاجي منفصل عن الحمل للأم يخشى أن يؤثر على الجنين فيؤدي إلى الاجهاض كبعض العمليات الجراحية مثلاً أو الإجراءات الأخرى.

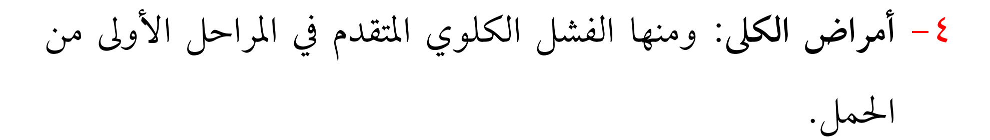
لقد أصبح من المعروف طبياً أن التقدم العلمي والتقنيات الحديثة وإمكانية التوليد قبل إكمال الحمل حتى الشهر التاسع (الأسبوع الأربعين) وجودة الرعاية ما بعد الولادة، ورعاية حديثي الولادة؛ قللت كثيراً الحاجة للإجهاض لأسباب تتعلق بالأم أو تهدد حياتها.

- **ومن الحالات التي يمكن أن تعد أسباباً للإجهاض، وتتعلق بالأم:**

١- **أمراض القلب**: ومنها ارتفاع الضغط في الشريان الرئوي، ومتلازمة إزمنجر (Eisenmenger syndrome)، وانتفاخ الشريان الأورطي.

٢- **أمراض السرطان**: ومن أهمها سرطان عنق الرحم الباضع (invasive).

٣- **الأمراض الوراثية**: ومنها متلازمة مارفن (Marfan syndrome).



٤- **أمراض الكلى**: ومنها الفشل الكلوي المتقدم في المراحل الأولى من الحمل.

٥- **أمراض تتعلق بالحمل**: الإنتانات الشديدة في الرحم، وتسمم الحمل.

هذه بعض الأمثله. والمهم في الأمراض أن يغلب على ظن الأطباء المختصصين أن الحل الوحيد لإنقاذ الأم في هذه الحالة هو الإجهاض، وأنه لا يمكن الاستمرار في الحمل؛ وإلا تعرضت الأم الحامل لضرر بالغ. ولهذا فإن كل حالة يجب أن تؤخذ على حدة بظروفها.

ثانيًا: حالات تتعلق بالجنين

ومن أبرز هذه الحالات إصابة الجنين بالتشوهات الخَلقية الوراثية وغير الوراثية، ومنها انتقال مرض من الأم إليه كمرض الإيدز (نقص المناعه المكتسبة) مثلاً.

ويتلخص دور الطبيب في الحالات التي تستدعي الإجهاض في أمرين:

الأول:

التحقق من الأسباب الطبية التي يمكن أن تكون سبباً للإجهاض، وأن يبين ذلك للحامل بكل صدق وأمانة، كما عليه أن يتقي الله في تقدير الضرر الذي سيحدث للحامل.

الثاني:

على الطبيب أن يبذل وسعه في معالجة تلك الأمراض، وأن لا يقدم على

الإجهاض إلا بعد استنفاد جميع الوسائل المتاحة لإنقاذ الأم دون الحاجة إلى الإجهاض، فإذا كان الإجهاض هو الحل، وكان ذلك قبل نفخ الروح؛ فإنه من الممكن أن تدخل هذه الحالة تحت قاعدة الضرورة إذا توافرت شروطها.[١]

ومما يمكن الاستدلال على جواز ذلك بما يأتي:

١- قواعد الضررحيث يزال بالضرر الأخف أو يختار أهون الشرين، وغيرهما من القواعد المتعلقة بها.

٢- إباحة بعض الفقهاء الإجهاض قبل نفخ الروح مطلقًا، فإذا وجد عذر فإنة يجوز من باب أولى.

٣- ما ذكره الفقهاء من جواز قطع الجزء أو الفرع حفاظاً على الأصل.

٤- أن للأم حقوقًا، وعليها حقوق، ولها خط مستقل في الحياة، فلا يضحى بالأم في سبيل جنين لم تستقل حياته، ولم يثبت له شيء من الحقوق.[٢]

الأسباب الجنينيه للإجهاض:

والمقصود بها الأمراض التي تصيب الجنين، وقد يستدعي ذلك الإجهاض، وأهمها التشوهات الجنينية، فما التشوهات الجنينية؟

في كتابه القيم " الجنين المشوه والأمراض الوراثية " ناقش الدكتور محمد بن

---

(١) البوطي، محمد: مرجع سابق، ٩١-٩٤.
(٢) جاد الحق، علي. التلقيح الصناعي والإجهاض، مجلة الأزهر، ص (١٤٤٣-١٤٤٧) العدد (٥٥) ١٤٠٣هـ.

علي البار هذا الموضوع بإسهاب، وهو مرجع مهم في هذا الموضوع،[١] ويمكن الرجوع إليه لمن أراد الاستزادة. ونلخص هنا أهم ما جاء فيه كما يأتي:

التشوهات الخَلقية في الجنين والإجهاض

من المعروف في علم الأجنة أن معظم التشوهات الخلقية تحدث في مرحلة مبكرة جداً من تكوُّن الجنين، حيث يكون الخلل في النطفة الذكرية أو في النطفة الأنثوية، أو في مرحلة اللقيحة (النطفة الأمشاج). وفي هذه المرحلة تسقط معظم هذه الأجنة بما تصل نسبته إلى ٦٠-٧٠٪ منها.

وأخطر التشوهات هي تلك التي تحدث في مرحلة تكوُّن الأعضاء (Organogenesis) في الأسبوع الثالث إلى الأسبوع الثامن من الحمل (المرحلة الحرجة). وأما التشوهات التي تحدث بعد هذه المرحلة فغالبًا تكون أقل خطورة.

تصنيف التشوهات الخَلقية

يمكن تصنيف التشوهات الخَلقية في الأجنة كالأتي:

١- التشوهات في مرحلة النطفة:

وتحدث نتيجة خلل في الصبغيات (الكروموسومات) في أثناء تكوُّن الحيوان المنوي أو البويضة، ويعرف بالانقسام الاختزالي (Meiosis).

ويؤدي ذلك إما إلى خلل في عدد الصبغيات (الكروموسومات)، فبدلاً من

---

(١) البار، محمد علي، الجنين المشوه والأمراض الوراثية، ص ٥١ وما بعدها.

وجود ٢٣ كروموسوماَ، يصبح هناك ٢٢ أو ٢٤ كروموسوماً. وإما أن يحدث الخلل في ترتيب إحدى الصبغيات بزيادة في طوله أو نقصانه نتيجة فقدان جزء من الكروموسومات.

٢- التشوهات قبل مرحلة العلقة والانغراز (مرحلة تكوُّن التوتة والكرة الجرثومية).

ويحدث هذا في المرحلة التي تسبق انغراز اللقيحة في الرحم والتعلق بجداره، وإذا تعرضت خلال هذه الفترة لمؤثرات كالأشعة أو المواد الكيميائية والعقاقير مثلاَ، فإن الجنين قد يكون مشوهاً.

وقد يؤدي ذلك إلى قتل الجنين في مرحلة مبكرة ويؤدي إلى إسقاطه في مرحلة مبكرة من الحمل.

٣- التشوه في المرحلة الحرجة (مرحلة الجنين: من الأسبوع الثاني إلى الأسبوع الثامن):

وفي هذه المرحلة تتسارع عملية نمو الخلايا، وفي الفترة من الأسبوع الرابع إلى التاسع يبدأ تخلُّق الأعضاء (Organogenesis). وتكون التشوهات الخَلقية في هذه المرحلة خطيرة وكبيرة جداً ومتعددة، ومن أهمها إصابات الجهاز العصبي، ومنها تشوه الأنبوب العصبي المفتوح (Open neural tube)، حيث يصبح الجنين بدون دماغ. ويمكن أن تكون التشوهات في أجهزة أخرى من الجسم كالجهاز الدوري، أو الجهاز الهضمي، أو الجهاز التنفسي.

٤- التشوهات في مرحلة الحميل Fetal Period:

وتبدأ من الأسبوع التاسع وحتى نهاية الحمل، وتؤثر المواد المسخية (Teratogenic) في الجنين، وخاصة في الجهاز التناسلي.

ويمكن تصنيف التشوهات الجنينية كالآتي:

أ- التشوهات الصبغية (الكروموسومية) نتيجة خلل في عدد الكروموسومات، وهي مسؤولة عن ٣٠-٤٠٪ من جميع التشوهات الخَلقية.

١. كما هو معروف أن في كل خلية ٤٦ كروموسوماً (على هيئة ٢٣ زوجاً)، اثنان وعشرون منها كروموسومات جسدية، واثنان منها جنسية تحدد جنس الجنين.

ومن أمثلة التشوهات الصبغية التي تنتج عن نقص الكروموسومات متلازمة ترنر (Turner Syndrome)، حيث عدد الكروموسومات ٤٥ فقط.

٢. الجسيمات الثلاثية الجسدية (ثلاثية الصبغات الجسدية Trisomy and the autosome)، حيث يحتوي أحد الأزواج ٢٣ من الكروموسومات على ثلاثة كروموسومات بدلًا من اثنين.

وهناك ثلاثة أنواع من هذه الجسيمات الثلاثية الجسدية، وهي:

١- الجسيمات الثلاثية رقم ٢١: ويُعرف المرض الذي يحدث نتيجة لذلك بمتلازمة داون المعروفة، وقد أصبح المنظور الشفائي لهذا المرض عالياً، وذلك نظراً للتقدم الطبي.

٢- الجسيمات الثلاثية رقم ١٨: وتُعرف باسم "متلازمة إدوارد"، وهي أكثر ندرة من حالات متلازمة داون، وهي من التشوهات الشديدة، حيث يحدث التخلف العقلي والنفسي وبروز القفا، وقصرعظم القص (Short sternum)، وانثقاب الجدار بين بطيني القلب، وصغر الفك الأسفل، وتشوه الأذنين، وانثناء الأصابع، وتشوه الأظافر والأقدام، وكثير من المصابين بهذه المتلازمة يموتون قبل الولادة أو بعدها بزمن قصير.

٣- الجسيمات الثلاثية رقم ١٣: (متلازمة بتاو)، وهي نادر الحدوث، وكثير من هؤلاء المصابين يموتون مبكراً، خلال سنتين أو تزيد قليلاً.

ب- خلل الصبغيات التركيبي:

وهي عدة انواع:

١. **الانتقال Transformation**: حيث يمكن أن ينتقل جزء من كروموسوم إلى كروموسوم آخر، ويعتبر هؤلاء الأشخاص حاملين المرض، وقد تظهر تشوهات على نسلهم.

٢. **الحذف Deletion**: وفي هذه الحالة يُحذف الجزء المكسور من طرف الكروموسوم، ويؤدي حذف جزء يسير من الذراع القصير للكروموسوم رقم ٥ إلى ظهور مرض وتشوه خَلقي خطير، يُعرف باسم صراخ القطة، حيث ان صراخ الوليد يكون ضعيفاً، ويشبه مواء

القطة. ويكون مصاباً بالتخلف العقلي الشديد ودماغه صغير، كما أن لديه مجموعة من العيوب الخَلقية في القلب.

٣. **الإنقلاب Inversion:** وهنا ينقل جزء من الكروموسوم إلى كروموسوم آخر، ويحدث تبادل بينهما للمادة الصبغية الوراثية، حيث يختل ترتيب الجينات، ويبقى العدد سلبيًا.

٤. **التشوهات الناتجة عن عوامل متعددة: متعددة العوامل (Multifactorial)**: قد تحدث التشوهات الخَلقية الجنينية نتيجة لتأثير عدة عوامل جينية وبيئية كالأمراض أو الأدوية والعقاقير أو المواد الكيميائية، حيث يظهر خلل في تركيب الأعضاء أو أجزاء منها أو وظائفها.

كما يمكن تصنيف التشوهات الخلقية الجينينة إلى ثلاثة أنواع من حيث شدتها:

أ. تشوهات خَلقية شديدة الخطورة، ومنها تلك التي لا تتأتى معها الحياة، أو تستحيل سواء في الرحم فيحدث الإجهاض، أوالوفاة بعد الولادة مباشرة.

ب. تشوهات متوسطة، يمكن أن يبقى الوليد حياً، ويتم تصحيح العيوب الخَلقية، وقد يعيش الأشخاص المصابون بهذه التشوهات لسنوات طويلة، ومن أمثلتها متلازمة داون.

ج. تشوهات بسيطة: يمكن علاجها جراحياً بتصحيح التشوه كتشوهات الأصابع، أو الأذنين أو الشفة الأرنبية أو الثقب في القلب.

طرق تشخيص التشوهات الجنينية:

هناك طرق متعددة لتشخيص التشوهات الجنينية، نذكرها هنا مختصرة، وهي:

١- التاريخ الوراثي للأمراض في الأسرة والتاريخ المرضي للحامل، قبل الحمل وفي أثنائه، كالإصابة بالحصبة الألمانية، أو التعرض للأشعة وتناول العقاقير.

٢- التصوير بالموجات الصوتية: وهي طريقة سهلة وليست باضعة (non invasion)، ويتم من خلالها الحصول على معلومات حول عمر الجنين، ويمكن تشخيص بعض التشوهات الجنينية وتحديد زيادة شفافية الرقبة من الخلف (Nuchal transparency)، والذي يشير إلى بعض التشوهات. كما يمكن التعرف على بعض التشوهات الخَلقية الأخرى مثل استسقاء الدماغ، أو تشوهات الأنبوب العصبي، والقلب وأعضاء أخرى.

٣- بزل السائل الأمنيوسي (السلى) وأكثر الأوقات أماناً لإجرائه هو الأسبوع الرابع عشر من الحمل وما بعده، ويتم من خلال فحص السائل ودراسة كروموسومات الجنين، والتعرف على بعض الأمراض الجينية، كما يمكن التعرف على وجود أمراض إنتانية (خمجية) (infections) لدى الجنين.



كما يمكن كذلك تحديد نسبة مادة "ألفافيتوبروتين" (Alpha-fetoprotein) لمعرفة وجود تشوهات الأنبوب العصبي.

٤- أخذ خزعة (عينة) من الخملات المشيمية (Chorionic villus sampling)، حيث تؤخذ هذه العينة لدراسة الكروموسومات لدى الجنين، وهي مشابهة للمعلومات التي يمكن الحصول عليها من بزل السائل الأمنيوسي إلا أنها تمتاز بإمكانية إجرائها مبكراُ (في الأسبوع العاشر من الحمل).

٥- أخذ عينات من دم الأم الحامل: وذلك للتعرف على وجود بعض التشوهات الجنينية مثل تشوهات الأنبوب العصبي، ومتلازمة داون، وعدم وجود الدماغ بقياس بعض المؤشرات.

٦- التقويم الجيني للخلايا Cytogenetic evaluations: ويمكن من خلاله معرفة بعض التشوهات الجينينة عند وجود حذف أو تكرار الجينات.

التشخيص الجيني قبل الغرس:

ويتم هذا الإجراء لدراسة الكروموسومات وتشوهاتها، ويجري عادة في برامج الإخصاب الصناعي، بعد استزراع اللقائح، حيث يمكن التعامل مع هذه التشوهات قبل غرس اللقائح في رحم المرأة، واختيار الجنين السليم لغرسه في الرحم.

إجهاض الجنين المشوه:

ذكرنا فيما سبق أن حالات الضرورة التي يمكن أن تبيح الإجهاض تنقسم إلى قسمين، هما: حالات تتعلق بالأم الحامل، وحالات تتعلق بالجنين.

ومن أبرز ما يتعلق بالجنين هو التشوهات الخَلقية، فهل يباح إجهاض الجنين المشوه؟

إن حكم الإجهاض من حيث الأصل باقٍ على التفصيل الذي ذكرناه آنفاً، إلا أن تشوه الجنين يمكن اعتباره حالة مختلفة، خاصة إذا علمنا عن تمكن الأطباء من تشخيص حالات التشوه، والجنين مازال داخل الرحم، بل أمكن إجراء بعض العمليات الجراحية التي من شأنها أن تُصلح هذه التشوهات.

ويمكن تقسيم هذه التشوهات إلى أقسام، وهي:

١- التشوهات الخلقية البسيطة، حيث يمكن علاجها بسهولة.

٢- التشوهات المتوسطة، حيث يمكن علاجها بصعوبة.

٣- التشوهات الخطيرة التي يتعذر علاجها.

ومن أمثلة النوع الأول: خلل الأنزيمات، أو خلل في جهاز المناعة، أو تشوهات في أوعية القلب،[1] أو نقص في نمو الدماغ. وهذا القسم من التشوهات الخَلقية لا يجوز إجهاض الجنين بسببه، لأنه قابل للعلاج في المرحلة الجينينة أو بعد

---

(١) البار، محمد علي، الجنين المشوه والأمراض الوراثية، ٤٨٦.

الولادة، حيث لا يوجد مسوغ شرعي لإجهاض الجنين في هذه الحالة.[1]

ومن أمثلة النوع الثاني... تشوه الجهاز العصبي والجهاز البولي وغيرهما.

وبعض هذه التشوهات يمكن أن تقضي على حياة الجنين، ولا يمكن للحياة أن تستمر معها، مثل نقص نمو الجمجمة أو المخ أو انسداد القصبة الهوائية، وبعضها يمكن للطفل أن يبقى على قيد الحياة، ولكن بصعوبة، ويحتاج إلى عناية فائقة.

أما النوع الثالث فمن أمثلته الأمراض الوراثية الشديدة التي لا تستمر معها الحياة مثل متلازمة باتاو وغيرها، وكذلك التشوهات الخَلقية الأخرى كعدم وجود الدماغ.

أما حكم اسقاط الجنين في النوعين الثاني والثالث، فيمكن أن يُبسط كما يأتي:

أولاً: ضرورة التأكد من التشخيص بدرجة غالبة، وأن هذا التشوه فعلاً من هذين النوعين.

ثانياً: لا بد من التأكد من فترة الحمل، وهل تم تأكيد التشخيص قبل نفخ الروح أم بعده لما يترتب على ذلك من اختلاف في الحكم.

وقد صدرت فتاوي للفقهاء المعاصرين في أحكام إجهاض الجنين المشوه، من أشهرها ما يأتي:

---

(١) اسماعيل، بدر محمد السيد. حكم إسقاط الجنين المشوه، ص ١٩٦.

أولًا: فتوى مجمع الفقه الإسلامي التابع لرابطة العالم الإسلامي.[(١)]

بشأن موضوع إسقاط الجنين المشوَّه خَلقيَّاً:

الحمد لله وحده، والصلاة والسلام على من لا نبي بعده، سيدنا ونبينا محمد وعلى آله وصحبه وسلم. أما بعد: فإن مجلس المجمع الفقهي الإسلامي، برابطة العالم الإسلامي، في دورته الثانية عشرة، المنعقدة بمكة المكرمة، في الفترة من يوم السبت ١٥ رجب ١٤١٠هـ، الموافق ١٠ فبراير ١٩٩٠م، قد نظر في هذا الموضوع، وبعد مناقشته من قِبل هيئة المجلس الموقرة، ومن قِبل أصحاب السعادة الأطباء المختصين، الذين حضروا لهذا الغرض، قرر بالأكثرية ما يلي:

إذا كان الحمل قد بلغ مئة وعشرين يوماً، فلا يجوز إسقاطه، ولو كان التشخيص الطبي يُفيد أنه مشوه الخِلقة، إلا إذا ثبت بتقرير لجنة طبية، من الأطباء الثقات المختصين، أن بقاء الحمل فيه خطر مؤكد على حياة الأم، فعندئذٍ يجوز إسقاطه، سواء أكان مشوهًا أم لا، دفعًا لأعظم الضررين.

قبل مرور مئة وعشرين يوماً على الحمل، إذا ثبت وتأكد بتقرير لجنة طبية من الأطباء المختصين الثقات – وبناء على الفحوص الفنية، بالأجهزة والوسائل

---

(١) قرارات المجمع الفقهي الإسلامي.
https://d1.islamhouse.com/data/ar/ih_books/single_010/ar_qrarat_elmogama3_alfiqhy.pdf، ينظر أيضا: الأغا، محمد أنيس. الأحكام المتعلقة بذوي التشوهات الخلقية في ضوء التطور العلمي. رسالة ماجستير،ص ٥٧ .وينظرأيضا: الضويحي،أحمد. القواعد الفقهية الحاكمة لإجهاض الأجنة المشوهة. (ورقة مقدمة لندوة تطبيق القواعد الفقهية على المسائل الطبية، ١٤٢٧ هـ)
http://www.riyadhalelm.com/researches/7/45_q_ejhaz.pdf

المختبرية – أن الجنين مشوَّه تشوُّهاً خطيرًا أو غير قابل للعلاج، وأنه إذا بقي ووُلِدَ في موعده، فستكون حياته سيئة، وآلاماً عليه وعلى أهله؛ فعندئذٍ يجوز إسقاطه بناء على طلب الوالدين.

والمجلس إذ يقرر ذلك: يوصي الأطباء والوالدين، بتقوى الله، والتثبت في هذا الأمر. والله ولي التوفيق.

كما صدر قرار هيئة كبار العلماء رقم (٢٤٠)، وتاريخ ٦/ صفر/ ١٤٣٢هـ، كما يأتي:

الحمد لله وحده، والصلاة والسلام على نبينا محمد وعلى آله وصحبه وسلم، أما بعد:

ففي الدورة الرابعة والسبعين لهيئة كبار العلماء المنعقدة في مدينة الرياض بتاريخ (٤/ صفر/ ١٤٣٢هـ)، اطلعت الهيئة على الخطاب الوارد لسماحة المفتي العام رئيس هيئة كبار العلماء الرئيس العام لإدارة البحوث العلمية والإفتاء من معالي المشرف العام التنفيذي بمستشفى الملك فيصل التخصصي، ومركز الأبحاث رقم (٥٠٤٧)، وتاريخ (١٧ رجب/ ١٤٢٩هـ)، ونص المقصود من السؤال: (إذا كان الجنين مصاباً بمرض وراثي يؤدي إلى إعاقة جسدية أو عقلية مستديمة أو كليهما، ولا يُرجى برؤه على أغلب الظن، بحيث يكون قد شُخص تشخيصاً دقيقاً، فهل يجوز إسقاط هذا الحمل قبل إكمال مئة وعشرين يوماً من بداية الحمل؟).

وبعد الإطلاع على البحوث العلمية المتعلقة بالموضوع، والقرار الصادر عن هيئة كبار العلماء برقم (١٤٠)، وتاريخ (٢٠/ جمادى الآخرة/ ١٤٠٧هـ)، وقرار المجمع الفقهي برابطة العالم الإسلامي في دورته الثانية عشرة رقم (٤) في (١٥/ رجب / ١٤١٠هـ)، والتقارير الطبية الواردة من بعض المستشفيات والكليات الطبية والمراكز البحثية المتخصصة، والاستماع والمناقشة مع أطباء متخصصين، ودراسة الموضوع وتداوله في عدد من الدورات من قِبل أعضاء هيئة كبار العلماء، ولأن الضرر والمشقة مرفوعة في الشريعة الإسلامية لعموم قوله تعالى: ﴿ فَمَنِ ٱضْطُرَّ غَيْرَ بَاغٍ وَلَا عَادٍ فَلَآ إِثْمَ عَلَيْهِ ﴾(البقرة ١٧٣)، وقوله تعالى: ﴿ **وَمَا جَعَلَ عَلَيْكُمْ فِى ٱلدِّينِ مِنْ حَرَجٍ** ﴾ (الحج ٧٨)، وقوله ﷺ: «**لا ضرر ولا ضرار**» رواه ابن ماجه ومالك في الموطأ وحسنه الإمام النووي في الأربعين.

لذلك كله تقرر الهيئة بالأكثرية ما يأتي:

أولاً: يجوز إسقاط الجنين المصاب بمرض وراثي أو غير وراثي إذا نُفخت فيه الروح – أي بعد مرور مئة وعشرين يوماً – إذا كان بقاؤه يؤدي إلى هلاك الأم.

ثانياً: يجوز إسقاط الجنين قبل نفخ الروح فيه – أي قبل مرور مئة وعشرين يوماً – إذا كان مصابًا بمرض – وراثي أو غير وراثي – لا تتأتى معه الحياة بعد ولادته، أو تتأتى معه الحياة مستقبلاً بإذن الله؛ لكنّ في ذلك ضرراً شديداً على الجنين، بأن يكون مصاباً بإعاقة شديدة مستديمة لا يُرجى برؤها.

ثالثًا: إذا تحققت وفاة الطفل وهو في رحم أمه جاز إسقاطه قبل حلول ولادته في أي مرحلة من مراحل الحمل.

رابعاً: في جميع الأحوال لا يتم إسقاط الجنين إلا بناءً على قرار طبي من لجنة متخصصة موثوق بها، مكونة من ثلاثة أطباء من المسلمين على الأقل، أو من غيرهم عند التعذر، وبناء على موافقة الوالدين، أو الأم فقط إذا كان الضرر خاصاً بها، وتوثق موافقة الوالدين أو الأم أو من يقوم مقامهما بأخذ التوقيع عليهما موضحاً فيه بيان المستند الطبي لإسقاط الجنين.

وهيئة كبار العلماء إذ تقرر هذا؛ توصي الأطباء والوالدين بتقوى الله تعالى، وعدم التساهل أو الاستعجال في إسقاط الأجنة قبل تحقق موجبات إسقاطها.

وبالله التوفيق، وصلى الله وسلم على نبينا محمد وعلى آله وصحبه آجمعين.

وجاء في قرار مجلس الإفتاء في الأردن رقم (٠٣٥)، وتاريخ ٢٣/ ١٢/ ١٤٢٣هـ:

س: سيدة أنجبت أطفالاً مشوهين، وحملت وتحتاج في حملها إلى فحص مخبري لسائل الحمل، وثبت أن الجنين مشوه، ما حكم تنزيله في الإسلام؟

ج: إذا بلغ الجنين في بطن أمه أربعة أشهر أو جاوزها فلا يجوز إسقاطه مهما كان تشوهُه، إذا قرر الأطباء أنه من الممكن استمرار حياته، إلا إذا كان ترتب على بقائه خطرٌ محقق على حياة الأم.

وأما إذا لم يبلغ الجنين أربعة أشهر، وثبت أنه مشوه تشوهاً يجعل حياته غير مستقرة، فيجوز إسقاطه بموافقة الزوجين. (١)

ونخلص من هذه الفتاوى، إلى جواز إجهاض الجنين المشوه تشوهاً خطيراً قبل نفخ الروح فيه، وعدم جوازه بعده، إلا في حالة وجود خطر على الأم، وذلك بشروط وهي:

١- إثبات التشخيص بالتشوّه الخطير بتقرير من قِبل لجنة طبية موثوقة من الأطباء المختصين الثقات.

٢- أن يُثبَت أن التشوه غير قابل للعلاج، وأن الجنين إذا بقي ووُلِد في موعده فستكون حياته سيئة وآلاماً عليه وعلى آهله.

٣- اشترطت هيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية أن لا يقل عدد الأطباء عن ثلاثة من المسلمين، أو من غيرهم عند التعذر.

٤- اشتراط موافقة الوالدين، أو الأم إذا كان الضرر خاصاً بها، وتوثق هذه الموافقة بالمستندات الطبية مع توثيق المستند الطبي (أي السبب الطبي) للإجهاض.

***

---

(١) دار الإفتاء الأردنية https://www.aliftaa.jo/Decision.aspx?DecisionId=36#.YRwNKIjXJEY

الفصل الخامس عشر:

نقل الأعضاء وزراعتها

نقل الأعضاء وزراعتها

الحالة الأولى:

رجل يبلغ من العمر ٥٢ عامًا أُصيب بالفشل الكلوي، واحتاج الى نقل كلية وزراعها، وله إخوة. وبعد نقاش بين أفراد العائلة وإجراء الفحوص اللازمة تبين أن أحدهم، وهو أصغرهم هو الأنسب للتبرع بإحدى كليتيه لأخيه، لكن أمهم رفضت رفضاً قاطعًا، وعبرت بقولها:" أفقد واحدًا ولا أفقد اثنين من أبنائي، ولم تتم عملية التبرع.

الحالة الثانية:

شاب بلغ ١٧ عامًا من عمره، تعرض لحادث مروري، فقد معه الوعي، وأُدخل إلى العناية المركزة. وبعد إجراء الفحوص قرر الأطباء أنه ميت دماغياُ، وعرضوا على والديه التبرع بأعضائه لمرضى آخرين ليسوا من قرابتهم.

تمهيد

عرف العالم زراعة الأعضاء في أوائل القرن الماضي (١٩٠٥م)، فقد بدأت بزراعة ناجحة للقرنية أُجريت على يد الطبيب إدوارد زيرم (Edward Zirm). [١]

وتوالت بعدها الدراسات والتجارب حتى وصلنا إلى هذا العصر، حيث تطورت زراعة الأعضاء، وشملت أعضاء حيوية في جسم الإنسان، وعمليات دقيقة ومعقدة جداً. كما شملت زراعة الأنسجة والخلايا.

---

(1) AbBar MA, Chamsi-pasha H. Contemporary Bloethics Islamic perspectives. Springer open. 2015:210

أنواع زراعة الأعضاء البشرية:

١- النقل والغرس الذاتي (Autograft)، وهو نقل العضو من مكان في جسد الإنسان إلى مكان آخر من الجسد نفسه.

٢- النقل والغرس غير الذاتي (Allograft) وهو نقل العضو من جسم إنسان إلى إنسان آخر.[١]

الرؤية الشرعية لنقل الأعضاء وزراعتها:

لم يتكلم الفقهاء الأقدمون عن موضوع نقل الأعضاء وزراعتها، إلا ما كان من كلام حول زرع سن من ميت إلى حي، وما يتعلق بشق بطن الحامل لاستخراج الجنين بعد موتها.[٢]

أما الفقهاء المعاصرون؛ فقد عُرضت عليهم قضايا الأعضاء وزراعتها،[٣] وأصدروا فيها الفتاوى، ومن أوائل من أفتى بجوازها عند الضرورة الشيخ عبد الرحمن السعدي رحمه الله.[٤]

الأسس الشرعية لزراعة الأعضاء:

يمكن أن يُنظر لموضوع نقل الأعضاء وزراعتها من الناحية الشرعية بعد أن

---

(١) البار، محمد علي. الموقف الفقهي والأخلاقي من قضية زرع الأعضاء، ص ٩١.
(٢) القرضاوي، يوسف: زراعة الأعضاء في ضوء الشريعة الإسلامية ص ١٩-٢٠.
(٣) القرضاوي، يوسف: مرجع سابق، ص ٣١-٤٥، وانظر أيضًا: ص ٦١ وما بعدها.
(٤) السعدي، عبد الرحمن خالد. اختيارات الشيخ عبد الرحمن السعدي في المسائل الفقهية المستجدة، ص ١٨٣.

عرفنا مشروعية التداوي من حيث الأصل من خلال القواعد والأصول الآتية:

١- حرمة الجسد الآدمي ومعصوميته حياً وميتًا.

٢- كرامة الإنسان، وخلقه في أحسن تقويم.

٣- هل يملك الإنسان جسده؟ وهل يحق له التصرف فيه؟

٤- الإيثار وضوابطه.

٥- المصالح والمفاسد.

٦- دفع الضرر ورفع المشقة وتدخل فيه الضرورة.

٧- قواعد دفع الضرر ورفع المشقة

١- حرمة الجسد الآدمي ومعصوميته.

الأصل أن الإنسان خُلق في أحسن تقويم مع كرامة أصلية لجنس الإنسان كونه إنساناً. قال تعالي: ﴿ ۞ وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِيٓ ءَادَمَ وَحَمَلْنَٰهُمْ فِي ٱلْبَرِّ وَٱلْبَحْرِ وَرَزَقْنَٰهُم مِّنَ ٱلطَّيِّبَٰتِ وَفَضَّلْنَٰهُمْ عَلَىٰ كَثِيرٍ مِّمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا ﴿٧٠﴾ ﴾ (الإسراء:٧٠).

وقال تعالى: ﴿لَقَدْ خَلَقْنَا ٱلْإِنسَٰنَ فِيٓ أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ ﴿٤﴾ ﴾ (التين:٤).

ويفرض هذا التكريم والخلق في أحسن تقويم حرمة الاعتداء على الجسد الآدمي إلا بمسوغ شرعي. ولذلك عُنيت الشريعة الإسلامية بحفظ النفس البشرية، فحرم قتل النفس والاعتداء عليها، وشرع القصاص من القاتل.[1]

---

(١) شرف الدين، أحمد. الأحكام الشرعية للأعمال الطبية: ص ٢٤-٢٥.

يقول الشيخ الدكتور بكر أبو زيد رحمه الله:

فحرمة دم المسلم أو أي عضو منه، وعصمته، مما علم من الدين بالضروروة، فلا يجوز الاعتداء عليه بقتل أو خدش أو أكثر، ولا العبث ببدنه، ولا التصرف بما لا يضره إلا بموجب شرعي. (١)

كما جاءت الشريعة الإسلاية بتحريم تعريض النفس للأخطار والمهلكات، قال تعالى في كتابه العزيز: ﴿وَأَنفِقُوا۟ فِى سَبِيلِ ٱللَّهِ وَلَا تُلْقُوا۟ بِأَيْدِيكُمْ إِلَى ٱلتَّهْلُكَةِ وَأَحْسِنُوٓا۟ إِنَّ ٱللَّهَ يُحِبُّ ٱلْمُحْسِنِينَ ﴿١٩٥﴾﴾ (البقرة:١٩٥).

بل إن الإسلام كرم الإنسان حتى وهو ميت، فحرم الاعتداء على جثته بالتقطيع أو التمثيل. (٢) كما حرم التمثيل بالعدو في أثناء الحرب، قال رسول الله ﷺ: «**اغزوا بإسم الله وفي سبيل الله، قاتلوا من كفر، اغزوا ولا تغلوا، ولا تغدروا، ولا تمثلوا**». (٣)

وعن أنس رضي الله عنه قال: " كان رسول الله ﷺ يحث في خطبته على الصدقة، وينهى عن المثلة"(٤) كما حرم تغيير خَلق الله

وفي هذا يقول الرسول ﷺ: «كسر عظم الميت ككسره حيًا» (٥)، وهو حديث صحيح (٦)

(١) أبو زيد. بكر بن عبد الله. قضايا فقهية معاصرة، المجلد الثاني، ص ٣٠. (نُقل بقليل من التصرف).
(٢) شرف الدين، أحمد. الأحكام الشرعية للأعمال الطبية: ص ٢٤-٢٥.
(٣) رواه مسلم (٣٢٦١).
(٤)صحيح البخاري .الصفحة أو الرقم | 4192 :خلاصة حكم المحدث] : صحيح
(٥) أبو داود النيسابوري. سنن أبي داود، باب فِى الْحَفَّارِ يَجِدُ الْعَظْمَ هَلْ يَتَنَكَّبُ ذَلِكَ الْمَكَانَ. م: ٣٢٠٧. ج٣، ص ٢٠٤.
(٦) الألباني، محمد. صحيح موارد الظمآن إلى زوائد ابن حبان، باب فيمن آذى ميتًا. ج١ ص ٣٣٩.

٢- هل يملك الإنسان جسده؟

إن تحديد ملكية الإنسان لجسده، يُعد أمراً هاماً في موضوع التبرع بالأعضاء، ونقلها إلى الآخرين. وللإجابة عن هذا السؤال نقول:

اتفق علماء المسلمين على أن الإنسان لا يملك حياته وروحه. (١) فماذا عن أعضائه؟

لقد دار نقاش بين الفقهاء عند النظر إلى مشروعية نقل الأعضاء وزراعتها يتعلق بملكية الإنسان لأعضائه. ويمكن تلخيص آرائهم في رأيين:

أحدهما: يرى أن ملكية جسد الإنسان وروحه وأعضائه، هي لله سبحانه وتعالى، وبالتالي فلا يجوز له التصرف بأعضائه بتبرع أو بيع.. وهؤلاء يرون عدم جواز التبرع بالأعضاء، (٢) فلا يجوز انتزاع عضو من جسم الإنسان إلا بإذن من مالكه الحقيقي وهو الله تعالى. (٣)

القول الثاني: أن الإنسان يملك أعضاءه، وبالتالي يجوز له التصرف بها بالتبرع، بشروط، وبه قال جملة من الفقهاء المعاصرين.

---

(١) مرحبا، إسماعيل. البنوك الطبية البشرية وأحكامها الفقهية، ص ٧٥.

(٢) من أشهر أصحاب هذا الرأي: الشيخ محمد بن عثيمين، والشيخ محمد متولي الشعراوي ومجموعة أخرى من العلماء. (انظر: مرحبا، إسماعيل: مرجع سابق، ص ٧٥).

(٣) نداء، عزيزة علي، نقل الأعضاء بين الحظر والإباحة: دراسة فقهية، ص ٤٥.
https://shms-prod.s3.amazonaws.com/media/editor/140558/%D9%86%D9%82%D9%84%20%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%B9%D8%B6%D8%A7%D8%A1.pdf
عيد المبدي، جهاد محمود. عمليات نقل وتأجير الأعضاء، ١٠٤.
https://platform.almanhal.com/Reader/Book/40973

ولا شك أن الأصل في ملكية جسد الإنسان كاملاً لله تعالى. لكن هذه الملكية الإلهية لا تتعارض مع الملكية الشخصية، (١) وذلك لأن الشريعة أباحت للإنسان التصرف بما خلق له لينتفع به دون إضرار.(٢)

يقول الدكتور أحمد شرف الدين بعد نقاش هذه القضية: " ولكننا نرى أن استعمال الفرد لحقه على أطرافه وأعضائه مقيد بعدم إفضائه الى هلاك النفس، لأنه في هذه الحالة يكون قد تعدى حدود حقه، واعتدى على حق الله بدون إذنه". (٣) انتهى كلامه.

٣- الإيثار وعلاقته بالتبرع بالأعضاء:

لا شك أن المتبرع بأعضائه، خاصة في حياته، يعتبر مؤْثرًا على نفسه. فهل هذا الإيثار محمود أم مذموم؟

الأصل في الشرع هو أن الإيثار محمود عموماً، وفي التبرع بالأعضاء والتضحية ببعض الحقوق في سبيل إنقاذ المضطر يكون مطلوباً شرعاً ما لم يخل ذلك بمقصد شرعي. (٤)

فالإيثار بالنفس أو بجزء من البدن أو عضو من الأعضاء عند الضرورة

---

(١) مرحبا، إسماعيل: مرجع سابق، ص ٧٧، والبار، محمد علي: مرجع سابق، ص ١٠٩.

(٢) السبيل، عبد المجيد. الأحكام الفقهية لنقل الأعضاء الإنسانية. مجلة العلوم الشرعية واللغة العربية. العدد الثاني، ذو الحجة ١٤٣٧ هـ، ص٢٤٣.

(٣) شرف الدين، أحمد: مرجع سابق، ص ٣٨.

(٤) نفس المصدرالسابق، انظر أيضًا: القره داغي، عارف. قضايا فقهية في زراعة الأعضاء،ص ١٩.

البسام، عبد الله عبد الرحمن. بحث زراعة الأعضاء الإنسانية في جسم الإنسان. مجلة المجمع الفقهي الإسلامي. العدد الأول، ١٤٠٨ هـ ص ٣٤-٣٨.

جائز شرعاً، على أن تكون بموافقة المتبرع ورضاه، وأن يقوم به طبيب ماهر، وبواسطة أجهزة فنية متكاملة، خاصة إذا ترجحت المصلحة. أما إذا تحققت المفسدة أو رجحت على المصلحة فيُقال بعدم الجواز. [1]

٤- وجود التمثيل بجسد الإنسان:

قد يُنظر إلى قطع جزء من بدن الإنسان أو نقل عضو منه أنه تمثيل أو مُثلَةٌ بمعنى التشويه للجسد، وهو من تغيير خَلق الله، فكيف يُعالج مثل هذا الموضوع؟

الأصل أن التمثيل منهي عنه شرعاً، فالرسول ﷺ قال للقادة في الحرب: «ولا تُمثِّلو»، [2] أي بجثث المشركين.

وقد أجاب الفقهاء عن هذا بأن التمثيل الذي يحدث في زرع الأعضاء لا يُمكن أن يقارن بما يحصل في الحروب ولا يماثله بحال، كما أن دوافعه هنا ليست التشفي والانتقام كما يحصل في الحروب، فالأمور بمقاصدها. [3] فما دام المقصد هنا تحقيق مصلحة ودفع ضرر؛ فهو جائز؛ والله أعلم.

---

(١) البسام، عبد الله عبد الرحمن.: المرجع سابق، ص ٣٩-٤٠.

(٢) أبو داود النيسابوري. سنن أبي داود، باب فِى الْحَفَّارِ يَجِدُ الْعَظْمَ هَلْ يَتَنَكَّبُ ذَلِكَ الْمَكَانَ!؟ م: ٣٢٠٧. ج٣، ص ٢٠٤.

(٣) البسام، عبد الله. عبد الرحمن: مرجع السابق، ص ٤٢-٤٤.



٥- الضرورات الخمس وحفظها:

جاءت الشريعة الإسلامية بحفظ الضرورات الخمس [١]، ومنها حفظ النفس. ولا شك أن نقل الأعضاء من إنسان إلى آخر مضطرًا لها فيه حفظ للنفس البشرية من الهلاك والتلف.

ومن أسباب الهلاك (المرض)، فبذل السبب من المسلم لأخيه في إنقاذه من مرضه، إنقاذ له من الهلاك بأي سبب من علاج، أو تغذيته بدم مضطر إليه. [٢]

٦- الموازنة بين المصالح والمفاسد، والمنافع والمضار:

التبرع بالأعضاء ونقلها إلى المضطرين إليها أو المحتاجين لها لا يخلو من مصلحة. وقد جاءت الشريعة الإسلامية بتحقيق مصالح العباد في دنياهم وأخراهم. [٣]

إلا أن هذه المصالح قد تقابلها أو تقترن بها مفاسد أو مضار، ومن هنا لابد من الموازنة بين المصالح والمفاسد، بحيث لا تغلب المفاسد والأضرار في مقابل مصالح مرجوحة أو مماثلة لها. يقول الإمام العز بن عبد السلام: "واعلم أن تقديم الأصلح فالأصلح، ودرء الأفسد فالأفسد؛ مركوز في طبائع العباد.." ثم يقول: "ولا يُقَدَم الصالح على الأصلح إلا جاهل بفضل الأصلح، أو شقي أو

---

(١) وهذه الضرورات هي: الدين والنفس والعقل والنسل والمال.. ينظر: الجندي، سميح: أهمية المقاصد الشرعية، ص ١٧٧.

(٢) أبو زيد، بكر: مرجع سابق، ص ٣٢.

(٣) ابن عاشور، محمد الطاهر. مقاصد الشريعة الإسلامية، ص ٧١ ومابعدها.

جاهل لا ينظر إلى ما بين المرتبتين من التفاوت.[١] ويحتاج هذا الترجيح إلى فقه دقيق وفهم للأمور ومآلاتها.

ولهذا قام العلماء في النظر لهذه النازلة للخروج بحكم شرعي يناسب حالاتها معتمدين في ذلك على قاعدة تحقيق المصالح ودرء المفاسد، كونها القاعدة الأشمل لاستيعاب هذه النوازل.[٢]

٧- قواعد دفع الضرر ورفع المشقة

يقول الإمام الشاطبي رحمه الله: "إن محال الإضطرار مغتفرة في الشرع، أعني أن إقامة الضرورة معتبرة، وما يطرأ عليها من عارضات المفاسد مغتفر في جنب المصلحة المجتلبة".[٣]

وتقوم أدلة شرعية من الكتاب والسنة على وجوب دفع الضرر ومراعاة الضرورة ووضع المشقة، ومن هذه القواعد:

- الضرر يُزال.
- الضرورات تبيح المحظورات.
- يُرتكب أخف الضررين لدفع أعظمهما.
- الضرورة تقدر بقدرها.

---

(١) ابن عبد السلام، عز الدين. قواعد الأحكام في مصالح الأنام، ص٧.
(٢) الصمادي، محمود مصطفى. المصالح المرسلة ودورها في القضايا الطبية المعاصرة، ص ١٤٧.
(٣) الشاطبي، إبراهيم بن موسى الموافقات. المجلد الأول، ص ٢٨٨.

- المشقة تجلب التيسير.

وغيرها من القواعد المشابهة أو الملحقة بها. فإذا حصلت الضرورات، فإن: الضرر يُزال، والضرورة تبيح المحظور، والمشقة تجلب التيسير، ويمكن تخريج قضية التبرع بالأعضاء ونقلها على أساس هذه القواعد، [١] حيث إن المريض المحتاج لزرع عضو في جسده هو في حكم المضطر، وإن الذي يقدر على إزالة الضرر - وهو هنا المتبرع - يندب إلى ذلك، وهذا من فروض الكفاية. [٢]

يقول الإمام السيوطي: «إذا تعارض مفسدتان روعي أعظمهما ضرراً بارتكاب أخفهما ونظيرها قاعدة خامسة وهي درء المفاسد أولى من جلب المصالح، فإذا تعارضت مصلحة ومفسدة قُدِمَ دفع المفسدة». [٣]

وبعد أن ذكرنا القواعد والأصول التي يُنظر من خلالها إلى موضوع نقل الأعضاء وزراعتها، نأتي الآن إلى ذكر الأنواع المختلفة من عمليات نقل الأعضاء وزراعتها وأحكامها الفقهية.

أنواع نقل الأعضاء وأحكامها

إن سبب الخلاف بين الفقهاء هوالنظر فيما ذكرناه آنفاً من قواعد وأصول، فكل نظر إليها من زاوية مختلفة، وسنذكر ذلك ضمن العناوين الآتية:

---

(١) انظر: أبو زيد، بكر بن عبد الله- فقة النوازل الصفحات من ٣٧ وما بعدها.
(٢) القرضاوي، يوسف. زراعة الأعضاء، ص ٤٥.
(٣) السيوطي، جلال الدين. الأشباه والنظائر ص٨٧، دار الكتب العلمية ط١. بيروت، لبنان ١٤٠٣/ ١٩٨٣م.

١- النقل الذاتي.

٢- النقل من حي إلى حي.

٣- النقل من ميت إلى حي.

٤- النقل من ميت دماغياً إلى حي.

٥- النقل من شخص غير كامل الأهلية.

٦- نقل الأعضاء التناسلية.

٧- استخدام الأجنة كمصدر للأعضاء.

٨- الطفل عديم الدماغ.

١-النقل الذاتي

ونعني به نقل عضو أو نسيج من الإنسان وزراعته في جسده هو ولم يختلف الفقهاء في جواز هذا النقل والزراعة، طالما أنه يحقق مصلحة ولا ضرر منه. (١)

٢-النقل من حي إلى حي:

ويكن أن ينقسم إلى أربعة أقسام، وهي:

أ) التبرع بما يتجدد من الأعضاء: وذلك مثل الدم، وجواز هذا النوع من التبرع والنقل محل اتفاق بين الفقهاء، ويشمل ذلك إنشاء بنوك الدم وتخزينه وحفظه مع تحريم بيعه. (٢)

---

(١) مرحبا، إسماعيل: مرجع سابق، ص٨١.
انظر البار، محمد علي: مرجع سابق، ص ١١٦-١١٨.

(٢) انظر: ياسين، محمد نعيم. أبحاث فقهية في قضايا طبية معاصرة، ص ١٦٧، القرضاوي، يوسف: مرجع سابق، ص ٣٢، القطان، مناع: الإجتهاد الفقهي للتبرع بالدم ونقله. مجلة المجمع الفقهي. السنة الثالثة. العدد الثالث (١٤٠٩/ ١٩٨٩): ٥١-٦٥.
مرحبا، إسماعيل: البنوك الطبية، ٢٤٨. قرار هيئة كبار العلماء في السعودية (رقم ٦٥ بتاريخ ٧/ ٢/ ١٣٩٩هـ). الفتاوي المتعلقة بالطب وأحكام المرضى. البار: مرجع سابق، ١٣٢-١٣٤

ب) الأعضاء التي يتوقف عليها استمرار الحياة: وهي القلب والرئتان والكبد والكلى. فالقلب والكبد ليس لهما نظير في البدن، وبالتالي لا يجوز التبرع بهما من الحي، ولا خلاف في ذلك.[1]

أما الرئة فيوجد لها نظير، إلا أن التبرع بإحداهما ينطوي على مخاطر، ويعيش من له رئة واحدة في عنت ومشقة، وبالتالي لا يجوز التبرع بإحدهما في الحياة. أما الكلية، فلها أيضاً نظير، ويمكن أن يعيش الإنسان بكلية واحدة بقية عمره في الظروف الاعتيادية.

وهي من الأعضاء التي أجاز كثير من الفقهاء التبرع بها، عدا أولئك الذين لا يجيزون نقل الأعضاء من حيث المبدأ،[2] أو من يرى حرمة نقل الكلى وزراعتها، لأن الضرورة مدفوعة بالغسيل الكلوي.[3]

ث- الأعضاء التي لا تتوقف عليها الحياة؛ وهي قسمان:

١. العضو الذي ليس له مثيل: وهذا يحرم التبرع به ونقله لأنه لا يصح الإيثار به، حيث لا مسوغ شرعي لمثل هذا التبرع. والمصلحة التي يحققها في جسم المستفيد لا تزيد عن مصلحة بقاء العضو في جسد المتبرع، إلا في حالة الرحم، فإنه يجوز في حالة تلف مبايض المتبرعة بحيث لا تكون

---

(١) مجمع الفقه الإسلامي. مجلة مجمع الفقه الإسلامي (قرار رقم (١).

(٢) القرضاوي، ص ٤٦-٤٧، وينظر أيضًا: الأحمد، يوسف. أحكام نقل أعضاء الإنسان في الفقه الإسلامي، ج٢، ص ٦٢٨ والسكري، عبد السلام. زراعة ونقل الأعضاء الآدمية، ص ١٠٦-١٢٠.

(٣) الأحمد، يوسف: مرجع سابق، ص ٦٢٨.

قادرة على الإنجاب مستقبلاً، ويمكن أن تستغني عن الرحم في هذه الحالة، وحين يغلب على الظن استفادة المستقبلة له؛ فقد أجاز ذلك بعض الفقهاء، والله أعلم.[١]

٢. العضو الذي له مثيل: وقد سبق الكلام على ذلك في الفقرة (ب) عند الكلام عن التبرع بالكلية.

٣- نقل الأعضاء من ميت إلى حي:

ناقش الفقهاء المعاصرون قضية نقل الأعضاء من الميت، وغرسها في الحي المضطر لها من خلال مبدأ الضرورة والحاجة، والمصلحة، وموازنة المصالح والمفاسد، وجلب أعظم المصالح، في مقابل مفسدة أو مفاسد قليلة.[٢] ومع أنه من المقرر شرعاً حرمة جثة الآدمي، وتحريم المساس بها بالتقطيع أو التشويه أو التمثيل أو انتهاك الكرامة؛ إلا أن الضرورة أو الحاجة قد تقتضي ذلك فتؤخذ الأعضاء من الميت لتُزرع في الأحياء.

والميت المقصود في هذه الحالة هو من فارقت روحه بدنه بانقطاعها عن بدنه انقطاعاً تاماً من توقف قلبه طبيعياً أو صناعياً، واستكمال أماراته.[٣]

وقد صدرت عدة فتاوي في العصر الحديث تبيح زرع الأعضاء من الأموات ليستفيد منها الأحياء.

---

(١) ياسين، محمد نعيم: مرجع سابق، ص ١٧٠.
(٢) القره داغي، عارف علي.: مرجع سابق، ص ١١٣.
(٣) أبو زيد، بكر: مرجع سابق، ص ٥٥.

يقول الشيخ بكر أبو زيد رحمه الله: "بالموازنة بين المصالح والمفاسد، والمنافع والمضار، فإن مصلحة الحي برعاية إنقاذ حياته أعظم من مصلحة الميت بانتهاك حرمة بدنه، وقد فارقته الروح، وأذن به فتفوت أدنى المصلحتين لتحصل على أعلاهما". [(١)]

ومعنى هذا جواز أن يوصي الإنسان بالانتفاع بأعضائه بعد وفاته، لكن المشكلة في هذه الحالة هو أنه لا يمكن الاستفادة إلا من عدد قليل من هذه الأعضاء كالقرنية والجلد والعظام، أما الأعضاء الحيوية فلا يمكن الاستفادة منها بعد توقف الدورة الدموية والتنفس، لأنها تصبح غير صالحة للنقل والزراعة.

٤- نقل الأعضاء من الميت دماغياً:

تختلف النظرة لمشروعية نقل الأعضاء من الميت دماغياً، باختلاف اعتبار موت الدماغ، وهل هو موت حقيقي أم لا؟

وقد فصلنا القول حول موضوع موت الدماغ في الفصل العاشر، ورأينا أن الفقهاء المعاصرين قد انقسموا إلى فريقين: فريق اعتبر موت الدماغ موتاً كاملاً مساوياً للموت الحقيقي، وفريق لم يعتبره كذلك، بل اعتبره مستدبراً الحياة في أقصى الأحوال.

ومن هنا، إذا اعتبرنا الميت دماغياً ميتاً موتاً كاملاً؛ سهل تطبيق مبدأ

---

(١) أبو زيد، بكر: مرجع سابق، ص ٥٧.

الضرورة، والحاجة، والموازنة بين المصالح والمفاسد لتنقل أعضاؤه إلى حي مضطر لها. وفي هذه الحالة يمكننا الاستفادة من جميع الأعضاء الحيوية كالقلب والرئتين والكبد والكلى.

أما إذا لم يُعتبر الميت دماغياً ميتاً موتاً كاملاً، فعندئذٍ يُصبح التعدي على أعضائه ونزعها منه محرمًا، إذ إنه في حكم الأحياء، وإن كان سائراً إلى الموت قطعًا، والله أعلم.[1]

المجيزون لزرع الأعضاء من الميت دماغياً (بناء على اعترافهم بموت جذع الدماغ):

١- ندوة الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها المنعقدة في الكويت في الفترة من ٢٤-٢٦ ربيع الآخر ١٤٠٥هـ، الموافق ١٥-١٧ يناير ١٩٨٥م.

(التوصية الخامسة).

٢- قرار مجمع الفقه الإسلامي التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي ١٤٠٧هـ.

٣- ندوة التعريف الطبي للموت.

٤- الشويرخ، سعد. موت الدماغ.

الذين لا يعترفون بموت الدماغ:

- لجنة الإفتاء في وزارة الأوقاف بالكويت.

---

(١) أبوزيد، بكر: مرجع سابق، ص ٥٦.

- قرار المجمع الفقهي الإسلامي التابع لرابطة العالم الإسلامي.
- قرار هيئة كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية.
- فتوى اللجنة الدائمة (٦٦١٩).
- فتوى الشيخ بن باز. مجموع الفتاوي.

٥- نقل الأعضاء من القاصر وناقص الأهلية:

ذكرنا أن من شروط نقل الأعضاء وزراعتها رضا المتبرع، فلا يجوز إكراهه أو إغراؤه للموافقة على نقل أعضائه التي يجوز نقلها.

فماذا عن ناقص الأهلية كالصغير، أو المغمي عليه، أو فاقد الأهلية بسبب مرض عقلي؟

المعروف أن الولاية على القاصر أو فاقد الأهلية قائمة شرعًا على تحقيق مصلحته ودفع الضرر عنه، فإذا كان لا يجوز نقل الأعضاء إلا برضى كامل الأهلية، فهل يسوغ لولي القاصر أو ناقص الأهلية أن يأذن بتبرع الأعضاء منه لتزرع في مرضى آخرين؟

والأصل أن يكون إذن الولي نيابة عن القاصر أو ناقص الأهلية لتحقيق مصلحة راجحة لا شك فيها، أما إذا انطوت على ضرر، أو كان الضرر أعظم من المصلحة فعندئذٍ لا يجوز له أن يأذن. ونزع الأعضاء ونقلها إلى مريض آخر ليس فيه مصلحة راجحة للقاصر، بل فيه تعريض للضرر، ومن هنا لا اعتبار لإذن الولي في هذه الحالة ولا قيمة لرضاء القاصر أيضًا. [1]

---

(١) شرف الدين، أحمد: مرجع سابق، ص ١٩٤.

وقد تكون موافقة الولي على استئصال عضو من جسد القاصر نتيجة اندفاع عاطفي وغريزي[١]، بل قد يكون الغرض طلب نفع مادي، وهذه كلها مظنة التفريط، فلايجوز إقرارها.

٦- التبرع بالأعضاء التناسلية:

ويُقصد بها الأعضاء التي لها علاقة مباشرة بعملية التكاثر والإنجاب، ومنها الغدد التناسلية التي تُفرز النطف (الحيوان المنوي عند الرجل، والبييضات عند المرأة)، وهي تحمل الصفات الوراثية للمتبرع وليس للمستقبل، وبالتالي لا يجوز التبرع بها ونقلها لتُزرع في إنسان آخر. ولا خلاف بين الفقهاء حول هذه المسألة،[٢] فلا يجوز نقل الخصية من الرجل، ولا المبايض من المرأة إلى آخرين دون أي استثناء منعاً لاختلاط النسب، إلا ما كان من مخالفة الشيخ محمد الأشقر، [٣] حيث يرى جواز ذلك بضوابط ذكرها، وهو في الحقيقة رأي مرجوح.

وصدر قرار المجمع الفقهي بالتحريم، وشمل ذلك العورة المغلظة، والمقصود بها العضو الذكري عند الرجل، والمهبل عند المرأة، هو كما يأتي:

"إن مجلس مجمع الفقه الإسلامي الدولي المنعقد في دورة مؤتمره السادس

---

(١) بن عزيزة، حنان. حدود سلطة الولي في منح الإذن بالتصرف في أعضاء القاصر الحي بالتبرع. مجلة الباحث. العدد الثاني عشر (٢٠١٨م) ص ٥٣٣-٥٦٦.

(٢) القرضاوي، يوسف: مرجع سابق، ص٥٨-٥٩ وياسين، محمد نعيم: مرجع سابق، ص، ١٧٤-١٧٥، والبار، محمد علي: مرجع سابق، ص ٢٥٦.

(٣) الأشقر، محمد سليمان. أبحاث اجتهادية في الفقة الطبي. نقل وزراعة الأعضاء التناسلية ص ١٢٩.

بجدة في المملكة العربية السعودية من ١٧-٢٣ شعبان١٤١٠هـ، الموافق ١٤ – ٢٠ آذار (مارس) ١٩٩٠م.

بعد اطلاعه على الأبحاث والتوصيات المتعلقة بهذا الموضوع الذي كان أحد موضوعات الندوة الفقهية الطبية السادسة المنعقدة في الكويت من ٢٣ – ٢٦ ربيع الأول ١٤١٠هـ الموافق ٢٣-٢٦/ ١٠/ ١٩٩٠م، بالتعاون بين هذا المجمع وبين المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية؛ قرر ما يلي:

أولاً: زرع الغدد التناسلية: بما أن الخصية والمبيض يستمران في حمل وإفراز الصفات الوراثية (الشفرة الوراثية) للمنقول منه حتى بعد زرعهما في متلق جديد، فإن زرعهما محرم شرعاً.

ثانياً: زرع أعضاء الجهاز التناسلي: زرع بعض أعضاء الجهاز التناسلي التي لا تنقل الصفات الوراثية – ما عدا العورات المغلظة – جائز لضرورة مشروعة، ووفق الضوابط والمعايير الشرعية المبينة في القرار رقم ٢٦(١/ ٤) لهذا المجمع".

٧-استخدام الأجنة مصدرًا لزراعة الأعضاء:

سبق في الفصل الحادي عشرعن الإخصاب التطرق لموضوع إجراء التجارب على اللقائح، ضمن برامج الإخصاب الصناعي. ونضيف هنا أن الأصل أنه لا يجوز استخدام الأجنة مصدرًا لزراعة الأعضاء إلا بضوابط شرعية وقانونية مشددة، ونكتفي هنا بنقل قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي وهو كالآتي:

إن مجلس مجمع الفقه الإسلامي المُنعقد في دورة مؤتمره السادس بجدة في المملكة العربية السعودية في الفترة من ١٧-٢٣ شعبان ١٤١٠هـ، الموافق ١٤-٢٠ آذار (مارس)١٩٩٠م، بعد اطلاعه على الأبحاث والتوصيات المتعلقة بهذا الموضوع الذي كان أحد موضوعات الندوة الفقهية الطبية السادسة المنعقدة في الكويت من ٢٣-٢٦ ربيع الأول ١٤١٠هـ، الموافق ٢٣-٢٦ / ١٠/ ١٩٩٠م، بالتعاون بين هذا المجمع وبين النظمة الإسلامية للعلوم الطبية، قرر ما يلي:

أولًا: لا يجوز استخدام الأجنة مصدرًا للأعضاء المطلوب زرعها في إنسان آخر إلا في حالات بضوابط لابد من توافرها:

أ. لا يجوز إحداث إجهاض من أجل استخدام الجنين لزرع أعضائه في إنسان آخر، بل يقتصر الإجهاض على الإجهاض الطبعي غير المتعمد، والإجهاض للعذر الشرعي، ولا يلجأ لإجراء العملية الجراحية لاستخراج الجنين إلا إذا تعينت لإنقاذ حياة الأم.

ب. إذا كان الجنين قابلاً لاستمرار الحياة، فيجب أن يتجه العلاج الطبي إلى استبقاء حياته والمحافظة عليها، لا إلى استثماره لزراعة الأعضاء، وإذا كا ن غير قابل لاستمرار الحياة فلا يجوز الاستفادة منه إلا بعد موته، بالشروط الواردة في القرار رقم ٢٦ (٤/ ١) لهذا المجمع.

ثانيًا: لا يجوز أن تخضع عمليات زرع الأعضاء للأغراض التجارية على الإطلاق.

ثالثًا: لا بد أن يُسند الإشراف على عمليات زراعة الأعضاء إلى هيئة متخصصة موثوقة، والله أعلم.

٨- نقل الأعضاء من الطفل عديم الدماغ

الطفل عديم الدماغ هو مولود من غير قبو في الرأس، وليس له فصان مخيان، وإنما له جذع دماغ يقوم على الوظائف الحيوية من دورة دموية وتنفس بعد الانفصال حياً، لكنها حياة محدودة موقوتة، ثم يموت بعد ساعات أو أيام أو أسابيع.[١]

ولقد أُثيرت قضية الاستفادة من الأجنة عمومًا، ومن عديم الدماغ في زراعة الأعضاء وتمت مناقشتها. والأصل أن الطفل عديم الدماغ إنسان حي، فلا يجوز أخذ أعضائه لزراعتها إلا بعد موته موتاً كاملاً، فعندئذٍ يصبح حكمه حكم الموتى من حيث جواز استقطاع الأعضاء.[٢]

بيع الأعضاء الآدمية:

علمنا فيما مضى أن الأصل في الإنسان أنه لا يملك نفسه، وبالتالي لا يجوز له التصرف فيها، ومن ذلك أعضاؤه. وقد أبيح التبرع بالأعضاء دفعًا للضرورة وجلباً للمصلحة، وإعمالاً للنصوص الشرعية العامة التي تدعو إلى الإيثار

---

(١) حتحوت. حسان. مجلة مجمع الفقه الإسلامي. العدد السادس، استخدام الأجنة في البحث والعلاج: الوليد عديم الدماغ.

(٢) أبوزيد، بكر بن عبد الله، حكم الانتزاع لعضو من مولود حي عديم الدماغ. مجلة مجمع الفقه الإسلامي. العدد السادس البار، محمد علي: مرجع سابق، ص.٢٣٥-٢٣٦، المكتبة الشاملة (تاريخ ٧/ ١١/ ١٤٤٠هـ (١٠/ ٧/ ٢٠١٩).

والتعاون على الخير، فهل يجوز له أن يبيع أعضاءه؟

والسؤال الذي يسبق هذا؛ هل يصلح أن يكون الإنسان محلاً للتعاقد بالبيع والشراء، كما هو الحال بالنسبة للأموال؟

لقد أجاب فقهاؤنا الأجلاء في الماضي والحاضر عن هذا السؤال. ففي الماضي ذكر الفقهاء تحريم بيع الأعضاء لأن الإنسان مكرم بجميع أجزائه، [١] كما في قوله تعالى: ﴿ ۞ وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِيٓ ءَادَمَ وَحَمَلْنَٰهُمْ فِي ٱلْبَرِّ وَٱلْبَحْرِ وَرَزَقْنَٰهُم مِّنَ ٱلطَّيِّبَٰتِ وَفَضَّلْنَٰهُمْ عَلَىٰ كَثِيرٍ مِّمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا ﴿٧٠﴾ ﴾ (الإسراء: ٧٠).

ومقتضى هذا التكريم أن لا يكون محلاً للبيع والشراء كله أو بعضه. وقد نقل اتفاق الفقهاء على حرمة بيع الإنسان أو أعضائه. [٢]

أما الفقهاء المعاصرون فلهم في مسألة بيع الأعضاء الآدمية قولان:

الأول: لا يجوز بيع الأعضاء الآدمية. وهو قول جمهور الفقهاء المعاصرين. [٣] وذلك لأن الإنسان مكرم، فلا يجوز إخضاعه للبيع والشراء كالسلع والأشياء الأخرى. كما أن الإنسان لا يملك نفسه، فلا يجوز له أن يبيع نفسه، أو أجزاءه، ولأن الإجماع منعقد على حرمة أكل بني آدم وأجزائهم، ومن هنا يحرم البيع.

ويضاف إلى ذلك أن إجازة بيع الأعضاء سيفتح مجالاً للتجارة بالبشر، وهو

---

(١) مرحبا، إسماعيل: مرجع سابق، ص ٦٢٨.

(٢) طنطاوي، محمد سعيد. حكم بيع الإنسان لعضو من أعضائه أو التبرع بها: Islamset,net,tantawi

(٣) مرحبا، اسمعيل: مرجع سابق، ص ٦٢٨.

أمر في غاية الخطورة، وسوف يشجع المجرمين من الأطباء وغيرهم على سرقة الأعضاء وبيعها. (١)

القول الثاني: جواز بيع الأعضاء، (٢) وذلك قياساً على التبرع، وعلى جواز بيع حليب المرضعات. والقياس هنا مع الفارق، فالبيع ليس كالتبرع، إذ التبرع من باب إباحة التصرف لضرورة أو مصلحة، أما البيع فابتذال وانتهاك، وأما لبن الامهات فمنفصل عنهن، ولا يضرهن بيعه. وأما استدلالهم بالضروة لإباحة بيع الأعضاء، فالضرورة إنما تكون في حدود ما أباحه الشرع الحنيف، والبيع في الأصل غير مباح.

وللمزيد من الإطلاع على جوانب مناقشة حججهم، يُراجع كتاب "البنوك الطبية البشرية وأحكامها الفقهية". (٣)

وقد أباح بعض الفقهاء للمضطر شراء عضو مضطر إليه، إذا لم يجد من يتبرع له، وله أن يبذل المال لشرائه. (٤)

ويبقى الأصل أنه ما دام الإنسان ليس مالكاً لجسده، فإنه لا يملك التصرف

---

(١) حوادث سرقة الأعضاء وبيعها، انظر مثلا: موقع منظمة الصحة العالمية
https://2u.pw/xGfno ، https://2u.pw/AWjKO
وهذا المقال: https://2u.pw/Pr3YH

(٢) ياسين، محمد نعيم. بيع الأعضاء الآدمية. ومجموعة من الفقهاء (انظر: مرحبا، إسماعيل: مرجع سابق، ص ٦٢٨ ومابعدها.

(٣) مرحبا، إسماعيل: مرجع سابق، ص ٦٤١ ومابعدها.

(٤) مجموعة من الفقهاء. انظر: مرحبا، إسماعيل. البنوك الطبية، ص ٦٤٥ ونقله عنهم.

فيه، وإلا كان تصرفه غير مشروع لأنه تصرف من غير مالك، ومن هنا لا يجوز له بيع عضو من أعضائه. (١)

ونخلص من هذا إلى أنه لا يجوز للإنسان أن يبيع أعضاءه تحت أي ظرف من الظروف.

الشروط العامة لنقل الأعضاء

وضع الفقهاء جملة من الشروط لإجازة نقل الأعضاء وزرعها، وهي:

الشرط الأول: تحقيق قيام الضرورة بطريق اليقين، بأي دلالة يقوم بها اليقين كإخبار طبيب حاذق.

الشرط الثاني: أن يكون التبرع هو السبيل الوحيد لإنقاذ المُتَبرَّع له، وعدم وجود البديل المناسب، وأن يكون تحت إشراف مؤسسات رسمية مأذون لها ومؤهلة علمياً وخُلُقياً. (٢)

الشرط الثالث: أن تكون العملية بواسطة طبيب ماهر لا متدرب.

الشرط الرابع: تحقق أمن الخطر على المنقول منه في حال النقل من حي.

الشرط الخامس: غلبة الظن على نجاحها في المنقول إليه.

الشرط السادس: عدم تجاوز القدر المضطر إليه.

الشرط السابع: تحقق الموازنة بتقدير ظهور مصلحة المضطر المنقول إليه على المفسدة اللاحقة بالمنقول منه.

---

(١) طه، محمود أحمد. الأساليب الطبية المعاصرة وانعكاساتها على المسؤولية الجنائية للطبيب. دار الفكر، ص ١٦٩.

(٢) ياسين، محمد نعيم: مرجع سابق، ص ١٨٥.

الشرط الثامن: تحقق توفر شروط الرضا والطواعية والأهلية من المنقول منه. فلا يقبل النقل من ناقص الأهلية، وإن صدر الإذن من الولي، لأن النيابة الشرعية مقيدة بتحقيق الأصلح للقاصر أو ناقص الأهلية. [١]

الشرط التاسع: توفر المتطلبات العلمية، والإمكانات التي يتطلبها هذا النوع من العمليات، وإلا كان الطبيب مفرطاً يتحمل جزاء تفريطه.

الشرط العاشر: أن لا يضر أخذ العضو من المتبرع به ضرراً يخل بحياته العادية، لأن الأصل "لا ضرر ولا ضرار". [٢] والله أعلم.

***

(١) ياسين، محمد نعيم: مرجع سابق، ص ١٨٥.
(٢) السبيل، عبد المجيد: مرجع سابق، ص ٢٥٧.

ملحق

قرار بشأن انتفاع الإنسان بأعضاء جسم إنسان آخر حياً كان أو ميتاً[١]

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على سيدنا محمد خاتم النبيين، وعلى آله وصحبه أجمعين.

قرار رقم: ٢٦ (١/ ٤):[٢]

بشأن انتفاع الإنسان بأعضاء جسم إنسان آخر حياً كان أو ميتاً

إن مجلس مجمع الفقه الإسلامي الدولي المنعقد في دورة مؤتمره الرابع بجدة في المملكة العربية السعودية من ١٨-٢٣ جمادى الآخرة ١٤٠٨ هـ، الموافق ٦ – ١١ شباط (فبراير) ١٩٨٨م.

بعد اطلاعه على الأبحاث الفقهية والطبية الواردة إلى المجمع بخصوص موضوع انتفاع الإنسان بأعضاء جسم إنسان آخر حياً أو ميتاً،

وفي ضوء المناقشات التي وجهت الأنظار إلى أن هذا الموضوع أمر واقع فرضه التقدم العلمي والطبي، وظهرت نتائجه الإيجابية المفيدة، والمشوبة في كثير من الأحيان بالأضرار النفسية والاجتماعية الناجمة عن ممارسته من دون الضوابط

---

(١) موقع مجمع الفقه الإسلامي الدولي: http://www.iifa-aifi.org/1698.html

(٢) مجلة المجمع (العدد الرابع، ج١ ص٨٩).

والقيود الشرعية التي تصان بها كرامة الإنسان، مع إعمال مقاصد الشريعة الإسلامية الكفيلة بتحقيق كل ما هو خير ومصلحة غالبة للفرد والجماعة، والداعية إلى التعاون والتراحم والإيثار.

وبعد حصر هذا الموضوع في النقاط التي يتحرر فيها محل البحث، وتنضبط تقسيماته وصوره وحالاته التي يختلف الحكم تبعاً لها،

قرر ما يلي:

من حيث التعريف والتقسيم:

أولًا: يقصد هنا بالعضو أي جزء من الإنسان، من أنسجة وخلايا ودماء ونحوها، كقرنية العين. سواء أكان متصلاً به، أم منفصلًا عنه.

ثانيًا: الانتفاع الذي هو محل البحث، هو استفادة دعت إليها ضرورة المستفيد لاستبقاء أصل الحياة، أو المحافظة على وظيفة أساسية من وظائف الجسم كالبصر ونحوه؛ على أن يكون المستفيد يتمتع بحياة محترمة شرعاً.

ثالثًا: تنقسم صورة الانتفاع هذه إلى الأقسام الآتية:

١. نقل العضو من حي.
٢. نقل العضو من ميت.
٣. النقل من الأجنة.

الصورة الأولى: وهي نقل العضو من حي، تشمل الحالات الآتية:

أ- نقل العضو من مكان من الجسد إلى مكان آخر من الجسد نفسه، كنقل الجلد والغضاريف والعظام والأوردة والدم ونحوها.

ب- نقل العضو من جسم إنسان حي إلى جسم إنسان آخر. وينقسم العضو في هذه الحالة إلى ما تتوقف عليه الحياة، وما لا تتوقف عليه.

أما ما تتوقف عليه الحياة، فقد يكون فردياً، وقد يكون غير فردي، فالأول كالقلب والكبد، والثاني كالكلية والرئتين، وأما ما لا تتوقف عليه الحياة، فمنه ما يقوم بوظيفة أساسية في الجسم، ومنه ما لا يقوم بها. ومنه ما يتجدد تلقائيا كالدم، ومنه ما لا يتجدد، ومنه ما له تأثير على الأنساب والمورثات، والشخصية العامة، كالخصية والمبيض وخلايا الجهاز العصبي، ومنه ما لا تأثير له في شيء من ذلك.

الصورة الثانية: وهي نقل العضو من ميت:

ويلاحظ أن الموت يشمل حالتين:

الحالة الأولى :موت الدماغ بتعطل جميع وظائفه تعطلاً نهائياً لا رجعة فيه طبياً.

الحالة الثانية: توقف القلب والتنفس توقفاً تاماً لا رجعة فيه طبياً. فقد روعي في كلتا الحالتين قرار المجمع في دورته الثالثة.[1]

الصورة الثالثة: وهي النقل من الأجنة، وتتم الاستفادة منها في ثلاث حالات:

حالة الأجنة التي تسقط تلقائيًا.

---

(١) انظر: القرار رقم ١٧ (٥/ ٣).

حالة الأجنة التي تسقط لعامل طبي أو جنائي.

حالة اللقائح المستنبتة خارج الرحم.

من حيث الأحكام الشرعية:

أولاً: يجوز نقل العضو من مكان من جسم الإنسان إلى مكان آخر من جسمه، مع مراعاة التأكد من أن النفع المتوقع من هذه العملية أرجح من الضرر المترتب عليها، وبشرط أن يكون ذلك لإيجاد عضو مفقود أو لإعادة شكله أو وظيفته المعهودة له، أو لإصلاح عيب أو إزالة دمامة تسبب للشخص أذى نفسياً أو عضوياً.

ثانياً: يجوز نقل العضو من جسم إنسان إلى جسم إنسان آخر، إن كان هذا العضو يتجدد تلقائياً، كالدم والجلد، ويراعى في ذلك اشتراط كون الباذل كامل الأهلية، وتحقق الشروط الشرعية المعتبرة.

ثالثاً: تجوز الاستفادة من جزء من العضو الذي استؤصل من الجسم لعلة مرضية لشخص آخر، كأخذ قرنية العين من إنسان عند استئصال العين لعلة مرضية.

رابعاً: يحرم نقل عضو تتوقف عليه الحياة كالقلب من إنسان حي إلى إنسان آخر.

خامساً: يحرم نقل عضو من إنسان حي يعطل زواله وظيفة أساسية في حياته وإن لم تتوقف سلامة أصل الحياة عليها كنقل قرنية العينين كلتيهما،

أما إن كان النقل يعطل جزءاً من وظيفة أساسية فهو محل بحث ونظر كما يأتي في الفقرة الثامنة.

سادساً: يجوز نقل عضو من ميت إلى حي تتوقف حياته على ذلك العضو، أو تتوقف سلامة وظيفة أساسية فيه على ذلك؛ بشرط أن يأذن الميت قبل موته، أو ورثتُه بعد موته، أو بشرط موافقة وليّ أمر المسلمين إن كان المتوفى مجهول الهوية أو لا ورثة له.

سابعاً: ينبغي ملاحظة: أن الاتفاق على جواز نقل العضو ـ في الحالات التي تم بيانها ـ مشروط بأن لا يتم ذلك بوساطة بيع العضو؛ إذ لا يجوز إخضاع أعضاء الإنسان للبيع بحال ما.

أما بذل المال من المستفيد، ابتغاء الحصول على العضو المطلوب عند الضرورة أو مكافأة وتكريماً، فمحل اجتهاد ونظر.

ثامناً: كل ما عدا الحالات والصور المذكورة ـ مما يدخل في أصل الموضوع ـ فهو محل بحث ونظر، ويجب طرحه للدراسة والبحث في دورة قادمة على ضوء المعطيات الطبية والأحكام الشرعية.

***

الفصل السادس عشر:

الجراحات والإجراءات التجميلية



الجراحات والإجراءات التجميلية

Plastic Surgery and cosmetic procedures

حالات

الحالة الأولى:

في أحد المستشفيات الحكومية طلبت إحدى الممرضات التي تبلغ من العمر ٣٨ عامًا من أحد جراحي التجميل أن يقوم بإجراء عملية لتصغير الثدي، علما بأنه لم يكن هناك دواع طبية، وإنما لغرض التجميل فقط. وافق الجراح وأجرى لها العملية.

الحالة الثانية:

مريضة تبلغ من العمر ٣٥ عامًا، طلبت من جراح الوجه والفكين إجراء عملية لتحسين شكل فكيها، لكي يتحسن شكل وجهها. بعد تقويم الحالة رأى الطبيب أنه لا حاجة لمثل هذه العملية، لكن المريضة أصرت عليها، وهنا وافق الجراح وقام بإجراء العملية. بعد تسعة أشهر عادت وهي غير راضية عن شكلها بعد العملية وتود تصحيح الشكل مرة أخرى.

الحالة الثالثة:

امرأة تبلغ من العمر ٣٩ عامًا غير راضية عن شكلها. المرأة لم تكن نحيفة، وشكلها يبدو طبيعيًا بالنسبة لسنها، كما أن كتلة الجسم لديها كانت ٢٦,٥.

راجعت جراح التجميل طالبة إجراء عملية شفط الدهون. بعد العملية لاحظت وجود بقع على الجلد بسبب أنبوبة الشفط مما أثار استياءها الشديد.

مفهوم جراحة التجميل

كلمة التجميل في مصطلح جراحة التجميل (Plastic Surgery) ترجمة للفظ اليوناني الأصل (Plastikos)، ويعني الشكل أو القابلية للتشكيل إلا أن هذا المعنى لا يشمل كل فروع جراحة التجميل المعروفة في وقتنا الحاضر، ولهذا أضيف إليها كلمة أخرى هي (reconstructive)، وتعني إعادة البناء أو الترميم، وقد تعني التقويم أو الإصلاح، ومع هذا بقي مسمى الجراحة التجميلية (Plastic Surgery) شائعاً.

وقد أضيف بعد ذلك مصطلح آخر وهو (cosmetic)، وتعني تجميل الجسم، وخاصة الوجه، ولا يتعدى معناها لغير التجميل والتحسين الظاهري بالدرجة الأولى. ومن هنا جاء التفريق بين جراحة التجميل (Plastic) التي تشمل الترميم والتعويض وإعادة البناء، وجراحة التجميل التحسينية (cosmetic) والتي تقتصر على التحسين فحسب.

ومن هنا جاء التفريق بين هذين النوعين على النحو الآتي:

١- تركيز الجراحة التجميلية التحسينية (cosmetic) على تحسين المظهر مثل تكبير الثدي، وإعادة تشكيل الوجه والجسم.

٢- أما الجراحة التعويضية (plastic surgery)، فتركز على إصلاح العيوب، وإعادة البناء من أجل الوظيفة الطبيعية، وكذلك الشكل.

ومن ذلك علاج الحروق والعيوب الخَلقية، ولقد أصبحا تخصصين مختلفين من حيث متطلبات التدريب والممارسة المهنية.

ولقد توسع مفهوم التجميل في العقود الأخيرة ليشمل إجراءات تجميلية تحسينية (cosmetic) غير جراحية مثل تجميل الجلد بوسائل مختلفة كالتقشير الكيميائي وغيره. ومن هنا يشمل الحديث عن التجميل النوع الجراحي وغير الجراحي.[1]

أنواع الإجراءات التجميلية

ويمكن تقسيمها إلى الأنواع الآتية:

أولًا: أنواعها باعتبار الغرض منها:

١. الجراحة التجميلة العلاجية.

---

(١) ينظر مواقع جمعيات جراحة التجميل الآتية:

-الجمعية الأمريكية لجراحي التجميل: https://www.plasticsurgery.org/news/blog/whats-the-difference-between-reconstructive-and-cosmetic-procedures

-الأكاديمية الأمريكية لجراحة التجميل: https://www.cosmeticsurgery.org/page/CosmeticSurgery

-البورد الأمريكي لجراحة التجميل: https://www.americanboardcosmeticsurgery.org/patient-/resources/cosmetic-surgery-vs-plastic-surgery

-أكاديمية كاليفورنيا لجراحة التجميل: https://www.calcosmeticsurgery.org/patient-resrouces/cosmetic-surgery-/vs-plastic-surgery

-موقع ميديدنيا الطبي. https://www.medindia.net/patients/lifestyleandwellness/cosmetic-surgery-vs-plastic-surgery.htm

٢. الجراحة التجميلية للزينه.

ثانيًا: أنواعها باعتبار الناحية الطبية:

١. الجراحة التجميلية التقويمية.

٢. الجراحة التجميلية التحسينية.

٣. الجراحة التجميلية المتعلقة بالجنس: وتشمل جراحات تغيير الجنس، وتجميل الأعضاء الجنسية.

الإجراءات التجميلية غير الجراحية

وتشمل عدداً كبيرًا من الإجراءات التجميلية التحسينة التي لا تتطلب تدخلاً جراحياً كتجميل الشعروالشفاه والجلد باستخدام الليزر السطحي، أو التشقير الكيمائي السطحي، وغيرها.

دوافع إجراءات التجميل (الجراحيه وغير الجراحية)

يمكن إجمال دوافع الجراحة التجميلية فيما يأتي:

١- علاج التشوهات الخلقية: مثل الشفة الأرنبية والتصاق الأصابع، وغيرها.

٢- علاج الحوادث الطارئه: كالإصابات نتيجة الحوادث أو الحروق (وهي من أهم دوافع الجراحة وأكثرها فائدة).

٣- علاج بعض الأمراض: كجراحة الأورام الظاهرة وإعادة الشكل إلى ما كان عليه.

٤- علاج آثار بعض الأمراض: مثل علاج صيوان الأذن الناشئ عن بعض الأمراض، وعلاج آثار الجروح والدمامل.

٥- الرغبة في تحسين وظائف بعض الأعضاء، ويدخل في ذلك علاج الجروح والإصابات، وتجميل الأنف لتحسين وظيفة التنفس، وبعض جراحات تقويم الأسنان.

٦- الرغبة في الظهور بمظهر حسن، وتغطية بعض العيوب. ويدخل في ذلك جملة من الإجراءات كزراعة الشعر، وجراحة تصغير الثدي وتكبيره، إذا لم يكن لسبب طبي، وتجميل الأنف والذقن، والتشقير الكيميائي للجلد والعلاج بالليزر أيضًا، وغيرها من الإجراءات.

٧- تجديد الشباب والقضاء على مظاهر الشيخوخة، وهو من أبرز دوافع الإجراءات التجميلة التحسينية، حيث إنه لا يوجد في الأصل عيب خلقي ولا إصابة، ولا إجراء يهدف إلى تحسين وظيفة عضو من الأعضاء، وإنما الهدف تحسيني بحت، ومنه شد الوجه، وشد تجاعيد اليدين، وشفط الدهون.

٨- الرغبة في تقليد مظهر شخص معين والظهور بمظهره من حيث الشكل: وعادة ما يكون في تجميل الوجه أو أحد أعضائه كالأنف والعينين والشفتين والذقن.

٩- تغيير الملامح فراراً من السلطات الأمنية: حيث يلجأ إلى ذلك

المطلوبون أمنياً لإخفاء ملامحهم حتى لا يتم التعرف عليهم

١٠- الدافع النفسي والخوف من المظهر غير المقبول اجتماعيًا.

القضايا الأخلاقية والشرعية المتعلقة بالإجراءات التجميلية

إن التطورات في مجال الإجراءات التجميلية، جراحية أو غير جراحية، لا تكاد تنتهي، ففي كل يوم يظهر لنا منها جديد. ومن هنا يصعب تتبع كل هذه الإجراءات ودراسة القضايا الأخلاقية والأحكام الشرعية المتعلقة بها. ولذا سنقصر الحديث فيها عن الضوابط العامة، وسنناقش أنواعاً محددة من هذه الجراحات لاحقاً.

لقد أسرف الناس، خاصة في الغرب، في امر الجمال والتجميل والتحسين، وأصبحت هناك صرخات في مجال التجميل، بل تعدى الأمر موضوع التجميل إلى التشويه المتعمد للجسد ليظهر بشكل لافت للنظر ومثير للإستغراب، وما ذاك إلا بسبب عبادة الذات، وحرية الاختيار دون مراعاة للأخلاق، ولا للذوق العام.

وانتقلت هذه العدوى إلى كثير من المجتمعات، ومنها المجتمعات الإسلامية، وأصبح الهوس بالتجميل والجمال سمة من سمات بعض الذين يعيشون في هذه المجتمعات، مما شجع الممارسين للتجميل على عرض خدماتهم بأسلوب لا يخلو من الإغراء، وأحياناً الغش والخداع وبيع الأوهام.

وإذا كان أحد دوافع زيادة الطلب على هذه الإجراءات هو تحسين المظهر، وتحسين الحالة النفسية لمن تجرى عليهم، فقد أثبتت بعض الدراسات أن تحسن النفسية لهؤلاء الأشخاص قد يكون مؤقتاً، وقد يستمر عدم رضاهم عن مظهرهم حتى بعد إجراء هذه العمليات التحسينية، فيبحثون عن عمليات أخرى، وهكذا.

ففي الوقت الذي تضاعفت فيه عمليات التجميل التحسينية في الولايات المتحدة الأمريكية خلال عقود؛ فإن الحالة النفسية لم تتحسن، بل تضاعفت نسب الإصابة بالاكتئاب والقلق خلال نفس الفترة تقريبًا. (١)

كما وجدت دراسة في النرويج أن النساء اللواتي تعرضن لعمليات التجميل كن يعانين من مشكلات نفسية، لم تساهم جراحات التجميل في تحسنها.(٢)

وفي دراسة أجريت في السويد بمقارنة النساء اللواتي أجريت لهن عمليات تكبير الثدي، باللواتي لم تجر لهن العملية، وجد أن نسب الانتحار تضاعفت ثلاث مرات عند اللواتي أجريت لهن هذه العملية. (٣) وقريب من هذه النتائج وجد بين النساء في الولايات المتحدة الأمريكية. (٤)

---

(1) Poupard RJ. Self-esteem from a scalpel .The ethics of plastic surgery.*Christian Research Journal*, v 33, number 04 (2010). https://www.equip.org/article/self-esteem-from-a-scalpel-the-ethics-of-plastic-surgery-2/

(2) Soest, T & Kvalem, Ingela & Wichstrøm, Lars. (2011). Predictors of cosmetic surgery and its effects on psychological factors and mental health: A population-based follow-up study among Norwegian females. Psychological medicine. 42. 617-26. 10.1017/S0033291711001267.

(3) Lipworth L, Nyren O, Ye W, Fryzek JP, Tarone RE, McLaughlin JK. Excess mortality from suicide and other external causes of death among women with cosmetic breast implants. *Ann Plast Surg*. 2007;59(2):119-125. doi:10.1097/SAP.0b013e318052ac50.

(4) Brinton, Louise A., et al. “Mortality Rates among Augmentation Mammoplasty Patients: An Update.” *Epidemiology*, vol. 17, no. 2, 2006, pp. 162–169. *JSTOR*, www.jstor.org/stable/20486187. Accessed 16 Sept. 2020.

كما وجد أن ما يقارب ٤٥٪ من الناس الذين طلبوا إجراء عمليات تجميلية مصابون بأمراض نفسية. [١]

وقد أثبتت دراسات أخرى أن درجة رضا المرضى الذين خضعوا لبعض الإجراءات التجميلية التحسينية كانت دون المتوقع. [٢]

ويتساءل أحد الباحثين المختصين هنا، وهو محق: هل الغرض من العمليات التجميلية هو علاج البدن أم علاج التفكيروالعقل؟ [٣]

إن من الأسئلة التي يجب الإجابة عليها بأمانه وصدق

- هل نعتبر هذه الإجراءات التحسينية علاجاً طبياً؟ أم هي مجرد محاولة لتحقيق رغبات المرضى أو بالأحرى الزبائن؟
- لو سلمنا بأنه علاج طبي.. فهل هو ذو أولوية مقارنة بالأمراض والإصابات الأخرى التي يعاني منها المرضى؟ ومن الذي يجب أن يدفع تكاليف هذه العمليات؟
- من الذي يحدد الشكل الذي يجب أن يكون عليه الإنسان؟ ومن هو؟ وما النموذج الأفضل ليصبح مثالاً يحتذى؟

---

(1) Jang B, Bhavsar DR. The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Elective Plastic Surgery Patients. Eplasty. 2019 Mar 18;19:e6. PMID: 30949279; PMCID: PMC6432998.

(2) Howldar S, Fida A, Allinjawi O, Zaqzoog F, Qurban G. Long-term cosmetic and functional outcomes of rhinoplasty: A cross sectional study of patients' satisfaction. Saudi J Otorhinolaryngol Head Neck Surg 2018;20:1-12.

(3) Poupard RJ. Self-esteem from a scalpel. The ethics of plastic surgery.*Christian Research Journal*, volume 33, number 04 (2010). https://www.equip.org/article/self-esteem-from-a-scalpel-the-ethics-of-plastic-surgery-2/

- هل المرضى الذين يقبلون على هذه العمليات ويصرون عليها أسوياء من الناحية النفسية والعقلية؟ وهل ستؤدي هذه الإجراءات فعلاً إلى تحسن وضعهم من الناحية النفسية؟

إن الإجابة عن هذه الأسئلة وما يشاكلها بصدق وأمانة يضعنا أمام الإجابة الحقيقية، وما إذا كانت هذه الإجراءات سائغة من الناحية الأخلاقية والشرعية.

ضوابط شرعية عامة للإجراءات التجميلية التحسينية

هناك جملة من الضوابط الشرعية التي لابد من مراعاتها قبل القيام بالإجراءات التجميلية التحسينية، وهي:

١- ألّا تكون العملية محل نهي شرعي خاص بها، كوصل الشعر والنمص، وتفليج الأسنان.

٢- ألّا تكون العملية واقعة تحت نهي عام، مثل تشبه الرجال بالنساء، أو النساء بالرجال.

٣- أن تكون خاضعة للتصور الإسلامي للجمال.

٤- أن يتحقق فيها ضوابط الأعمال الطبية عموماً وهي:

أ- أن يغلب على الظن نجاحها وتحقيقها للغرض المطلوب.

ب- أن يأذن بها المريض أو وليه.

ت- أن يكون الطبيب مؤهلاً للقيام بها.

ث- ألّا يترتب عليها ضرر أكبر.

ج- أن تراعى فيها أحكام كشف العورة، فتكون للضرورة أو الحاجة، وأن تقدر بقدرها.

٥- أن يترتب على عدم إجرائها ضرر حسي أو نفسي.

٦- ألّا يكون فيها غش أو تدليس.

٧- ألّا يكون المقصود منها التشبه بالكفار والفساق.

٨- ألّا يكون في العملية إسراف.

٩- أن تكون المواد المستخدمة في الجراحة أو الترقيع او الحقن طاهرة، ويحرم استخدام مادة نجسة إلّا عند الضرورة.

١٠- ألّا يكون فيها تغيير للخِلقة المعهودة، فلا يجوز تغيير هيئة عضو من الاعضاء إذا كانت خِلقته في حدود الخِلقه المعهودة

١١- ألّا يكون ثمة بديل للإجراء الجراحي يمكن استخدامه.[(١)]

---

(١) ينظر: شبير، محمد عثمان. أحكام جراحة التجميل في الفقه الإسلامي. https://elibrary.mediu.edu.my/books/SDL2400.pdf
والجبير، هاني. الضوابط الشرعية للعمليات التجميلية. ندوة العمليات التجميلية بين الشرع والطب. إدارة التوعية الدينية بالرياض،١٤٢٧هـ (٢٠٠٦م)، والشبيلي، يوسف:نفس المرجع،و الفوزان، صالح. الجراحة التجميلية: عرض طبي ودراسة فقهية مفصلة، ص ٦٧-٨٨، وموسوعة الفقه الطبي. الجراحة التجميلية. مجلد ٢، ص٨٧٠-٨٧١، والغنيم، فؤاد. زراعة الشعر التجميلية. السجل العلمي لمؤتمر الفقه الإسلامي الثاني قضايا فقهية معاصرة، مجلد٤، ص٣٣١٤-٣٣١٥. وانظر أيضًا فتوى مجمع الفقه الإسلامي الدولي.https://www.iifa- aifi.org/2283.html

أحكام الجراحات التجميلية

تمهيد:

يمكن النظر لأحكام العمليات الجراحية وتعليلها من خلال العلل الآتية:

١. التعليل بالمقاصد.

٢. التعليل بالوسائل.

٣. التعليل بالغش والتدليس.

٤. التعليل بتعذيب الآدمي بغير وجه حق.

٥. التعليل بتغيير خلق الله.

١- التعليل بالمقاصد

فالمعروف أن لهذه العمليات مقاصد، فمنها ما هو محرم كالتشبه بالكفار أو بالجنس الآخر مثلًا. ويمكن أن يكون القصد التشويه أو التخفي من يد العدالة.

ويمكن أن تكون ذات مقاصد علاجية ضرورية أو حاجية، أو أن تكون مقاصد تحسينية يقصد بها التجمل وتحسين الشكل فحسب. ومن هنا يمكننا أن نخلص إلى أن المقاصد يمكن أن تكون كالآتي:

أ. مقاصد محرمة، فالعمليات هنا محرمة.

ب. مقاصد ضرورية أو حاجية، فالعمليات هنا جائزة.

ت. مقاصد تحسينية صرفه، وهي التي يدور حولها الاجتهاد الفقهي، كما سنبين لاحقًا إن شاء الله.

٢- التعليل بالوسائل

ويقصد به النظر لحكم هذه العمليات من خلال الوسائل المستخدمة فيها، ومن هذه الوسائل:

١. كشف العورة.
٢. استخدام التخدير.
٣. استخدام مواد محرمة.
٤. الإسراف.

والوسائل ـ كما هو معلوم ـ لها حكم المقاصد، ومعنى ذلك أن ينظر للوسائل من خلال المقاصد، فإذا كان المقصد واجبًا كانت الوسيلة كذلك، وإذا كان المقصد مباحًا فالوسيلة مباحة.

على أنه يجب التأكيد على أنه لا يجوز ارتكاب المحرم للوصول إلى غرض مباح، فضلًا عن المكروه أو المحرم.

٣- التعليل بالتدليس

ومعناه غش الخاطب أو الزوج. ويستدل لهذه العلة بما رواه البخاري ومسلم عن أسماء بنت أبي بكر رضي الله عنهما أن امرأة جاءت إلى رسول الله ﷺ فقالت: إني أنكحت ابنتي، ثم أصابها شكوى، فتمزق رأسها، وزوجها يستحثني

بها، أفأصل رأسها؟ فسب رسول الله الواصلة والمستوصلة[١].

ووجه الدلالة نهي النبي ﷺ عن الوصل لكي لا يكون فيه تدليس على الزوج.

٤- التعليل بتعذيب الآدمي بغير وجه حق

ومعلوم أن تعذيب الآدمي بغير حق لا يجوز شرعًا، وقد يدخل هذا في باب الوسائل، فيحكم له بحكمها.[٢]

٥- التعليل بتغيير خلق الله

وهذا من أهم جوانب التعليل؛ إذ إنه يستند إلى نصوص شرعية من جهة، ومن جهة أخرى استند إليه كثير من الفقهاء في منع العمليات الجراحية التجميلية، فنفصل القول فيه.

النصوص الواردة في تغيير خلق الله:

١- قول الله عز وجل، ذاكرًا إبليس وتوعده للبشر: ﴿ وَلَأُضِلَّنَّهُمْ وَلَأُمَنِّيَنَّهُمْ وَلَآمُرَنَّهُمْ فَلَيُبَتِّكُنَّ ءَاذَانَ ٱلْأَنْعَٰمِ وَلَآمُرَنَّهُمْ فَلَيُغَيِّرُنَّ خَلْقَ ٱللَّهِ ۚ وَمَن يَتَّخِذِ ٱلشَّيْطَٰنَ وَلِيًّا مِّن دُونِ ٱللَّهِ فَقَدْ خَسِرَ خُسْرَانًا مُّبِينًا ﴿١١٩﴾ ﴾ (النساء:١١٩).

---

(١) اخرجه البخاري في صحيحه (٧٧/ ٣١٣٧) برقم ٥٦٢٠ ومسلم في صحيحه (٤٥/ ٩٦٠) برقم ٤٠٧٨ . جامع السنة وشروحها. https://2u.pw/9OzX1

(٢) الشويعر، عبد السلام. الضوابط الشرعية للعمليات التجميلية. ندوة العمليات التجميلية بين الشرع والطب. إدارة التوعية الدينية بالرياض، ١٤٢٧هـ (٢٠٠٦م).

٢- ما ورد عن عبد الله بن مسعود رضي الله عنه قال: «لَعَنَ اللهُ الوَاشِمَاتِ وَالْمُسْتَوْشِمَاتِ، وَالنَّامِصَاتِ، وَالْمُتَنَمِّصَاتِ، وَالْمُتَفَلِّجَاتِ لِلْحُسْنِ، الْمُغَيِّرَاتِ خَلْقَ الله. وعندما سئل عن ذلك قال: وَما لِي لا أَلْعَنُ مَن لَعَنَ رَسولُ الله ﷺ؟"(١)

وبالنظر في معنى تغيير خلق الله الوارد في الآية الكريمة، ذهب المفسرون إلى معنيين، هما:

١. تغيير دين الله، وفطرة الله، وأمر الله.

٢. التغيير الحسي الظاهري، وأدخل في ذلك الخصاءُ والوشمُ، وقطعُ آذان الدواب، وفَقءُ أعينها، وخضابُ الشيب بالسواد.(٢)

هل هناك ضابط لتغيير خلق الله؟

لا شك أن في الآية القرآنية ذمًا واضحًا لتغيير خلق الله، لكن السؤال: هل يعتبر كل تصرف في جسم الإنسان تغييرًا لخلق الله؟

هناك رأيان حول هذا الموضوع:

الرأي الأول:

أن التغيير المقصود في الآية ليس تغيير الخلقة، وإنما كل ما يأمر به الشيطان

---

(١) صحيح مسلم، الصفحة أو الرقم2125 : الدرر السنية. https://2u.pw/QpeFG

(٢) الجبير، هاني. ندوة العمليات التجميلية بين الشرع والطب. إدارة التوعية الدينية بالرياض،١٤٢٧هـ (٢٠٠٦م). الفوزان، صالح: مرجع سابق، ص ٧٠.

كالدين والفطرة. وأما تغيير خلق الله المذكور في حديث عبد الله بن مسعود رضي الله عنه، فهو خاص بالمتفلجات للحسن. لأن الشرع قد أباح من الأعمال ما يمكن اعتباره تغييرًا لخلق الله، فيمكن القول بأنه ضابط غير مطرد. [١]

وأما الرأي الآخر:

فيقرر أن تغيير الخلق المذكور؛ في الآية الكريمة، يشمل التغيير المعنوي والتغيير الحسي أيضًا. [٢] وبناء على هذا الرأي، يرون حرمة أي إجراء تجميلي تحسيني، حيث إنه داخل في نطاق تغيير خلق الله، ولا ضرورة أو حاجة تُلجِئ إليه. [٣]

وقد وضع بعض الباحثين ضابطًا لتغيير خلق الله، وهو أن يكون: إحداث تغيير دائم في خِلقة معهودة مع استثناء ما أباحه الشرع. [٤]

ومع أن هذا الضابط يعتبر من أكثر الضوابط وضوحًا وقوة، إلا أن هناك من استدرك عليه من جهتين:

١. من جهة الدوام، حيث إن بعض ما حرم شرعًا كالنمص لا يدوم طويلًا.

---

(١) الشويعر: مرجع سابق، والجبير، هاني، والشبيلي، يوسف. الضوابط الشرعية للعمليات التجميلية. ندوة العمليات التجميلية بين الشرع والطب. إدارة التوعية الدينية بالرياض،١٤٢٧(٢٠٠٦)، وصالح، أيمن. تغيير خلق الله كعلة لتحريم التعديلات على الجينوم. المجلة الأردنية في الدراسات الإسلامية. مجلد١٦، عدد١،١٤٤١هـ (٢٠٢٠ م).

(٢) الفوزان، صالح. الجراحة التجميلية: عرض طبي ودراسة فقهية مفصلة، ص ٧٠.

(٣) الشنقيطي، محمد. أحكام الجراحة الطبية، ص١٨٣. السكري، عبد السلام. نقل وزراعة الأعضاء الآدمية من منظور إسلامي، ص٢٤٢-٢٤٤. الفوزان، صالح: مرجع سابق، ص ٧٠-٧٥.

(٤) الفوزان: مرجع سابق، ص ٧٤.

٢. ومن جهة الخِلقة المعهودة، حيث أن بعض ما أبيح شرعًا مثل صبغ الشعر والخضاب بالحناء تغيير يدوم طويلًا في خِلقة معهودة، وإن ثقب الأذن للزينة مباح مع أنه تغيير دائم. [١]

قلت: أما الخضاب بالحناء وصبغ الشعر فلا يدوم أكثر من أسابيع قليلة، فلا يقاس عليه.

وقال بعضهم: إن تغيير خلق الله المحرم؛ هو التغيير الدائم بقصد التحسين، فاجتمع فيه علتا التحسين المجرد والدوام ويحرم بمجموعهما.

وأضاف آخرون بأن التغيير المحرم هو ما كان فيه شرك، أو ضرر، أو تشويه، أو تدليس، أو إسراف، أو قصد محرم، وإلا فالأصل في تغيير خلق الله أنه جائز. [٢]

وعلل الطاهر بن عاشور ذلك بقوله:"وليس من تغيير خلق الله التصرف في المخلوقات بما أذن الله فيه، ولا ما يدخل في معنى الحسن؛ فإن الختان من تغيير خلق الله، ولكنه لفوائد صحية، وكذلك حلق الشعر لفائدة دفع بعض الأضرار، وتقليم الأظفار لفائدة تيسير العمل بالأيدي، وكذلك ثقب الآذان للنساء لوضع الأقراط والتزين. وأما ما ورد في السنة من لعن الواصلات والمتنمصات والمتفلجات للحسن فمما أشكل تأويله. وأحسب تأويله أن الغرض منه النهي عن سمات كانت تعد من سمات العواهر في ذلك العهد، أو من سمات المشركات،

---

(١) صالح، أيمن: مرجع سابق. الجبير، هاني: مرجع سابق.
(٢) صالح، أيمن: مرجع سابق.

وإلا فلو فرضنا هذه منهيًا عنها لما بلغ النهي إلى حد لعن فاعلات ذلك ."[1]

وتأسيسًا على ما سبق؛ يمكن القول بأن العمليات التجميلية التحسينية تكون محرمة إذا اتصفت بما يأتي:

١. ما اشتمل منها على عمل فيه شرك.

٢. ما ورد النص الشرعي بتحريمه بذاته كالنمص والتفليج، ووصل الشعر.

٣. ما اشتمل منها على تعذيب الجسد دون وجه حق.

٤. ما اشتمل منها على قصد محرم.

٥. ما اشتمل منها على تشويه متعمد.

٦. ما اشتمل منها على تدليس أو غش.

٧. ما كان منها فيه إسراف وتبذير.

ومن هنا؛ فإن الرأي الذي يقول بضرورة النظر في كل عملية أو إجراء جراحي تجميلي تحسيني على حدة لإصدار حكم شرعي بشأنه أكثر مناسبة من إصدار حكم شامل لكل هذه الإجراءات.

وعند التطبيق تراعى هذه الحقيقة، مع مراعاة القواعد العامة لإجراء هذا النوع من الجراحات.

❊❊❊

---

(١) بن عاشور، الطاهر. التحرير والتنوير: تفسير الآية ١١٩ من سورة النساء، ص ٢٠٥- ٢٠٦.

قرارا المجمع الفقهي

قرار بشأن الجراحة التجميلية وأحكامها: [١]

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على سيدنا محمد خاتم النبيين، وعلى آله وصحبه أجمعين

قرار رقم ١٧٣(18/ 11) بشأن الجراحة التجميلية وأحكامها:

إن مجلس مجمع الفقه الإسلامي الدولي المنبثق عن منظمة المؤتمر الإسلامي المنعقد في دورته الثامنة عشرة في بوتراجايا (ماليزيا) من ٢٤ إلى ٢٩ جمادى الآخرة ١٤٢٨هـ، الموافق ٩-١٤ تموز (يوليو) ٢٠٠٧م.

بعد الاطلاع على البحوث الواردة إلى المجمع بخصوص موضوع: الجراحة التجميلية وأحكامها، وبعد استماعه إلى المناقشات المستفيضة التي دارت حوله،

قرر ما يأتي:

أولًا: تعريف جراحة التجميل:

جراحة التجميل هي تلك الجراحة التي تعنى بتحسين (وتعديل) (شكل) جزء أو أجزاء من الجسم البشري الظاهرة، أو إعادة وظيفته إذا طرأ عليه خلل مؤثر.

---

(١) موقع المجمع الفقهي الإسلامي الدولي.https://www.iifa-aifi.org/2283.html

ثانيًا: الضوابط والشروط العامة لإجراء عمليات جراحة التجميل:

(١) أن تحقق الجراحة مصلحة معتبرة شرعا، كإعادة الوظيفة وإصلاح العيب، وإعادة الخلقة إلى أصلها.

(٢) أن لا يترتب على الجراحة ضرر يربو على المصلحة المرتجاة من الجراحة، ويقرر هذا الأمر أهل الاختصاص الثقات.

(٣) أن يقوم بالعمل طبيب (طبيبة) مختص مؤهل؛ وإلا ترتبت مسؤوليته (حسب قرار المجمع رقم ١٤٢ (٨ / ١٥).

(٤) أن يكون العمل الجراحي بإذن المريض (طالب الجراحة).

(٥) أن يلتزم الطبيب (المختص) بالتبصير الواعي (لمن ستُجرَى العملية) بالأخطار والمضاعفات المتوقعة والمحتملة من جراء تلك العملية.

(٦) أن لا يكون هناك طريق آخر للعلاج أقل تأثيرًا ومساسًا بالجسم من الجراحة.

(٧) أن لا يترتب عليها مخالفة للنصوص الشرعية، وذلك مثل قوله (ﷺ) في حديث عبد الله بن مسعود: «**لعن الله الواشمات والمستوشمات، والنامصات والمتنمصات، والمتفلجات للحسن المغيرات خلق الله**» [رواه البخاري]، وحديث ابن عباس « **لعنت الواصلة والمستوصلة والنامصة والمتنمصة، والواشمة والمستوشمة من غير داء** » [رواه أبو داود]، ولنهيه عن تشبه النساء بالرجال، والرجال بالنساء. وكذلك

نصوص النهي عن التشبه بالأقوام الأخرى أو أهل الفجور والمعاصي.

(٨) أن تراعى فيها قواعد التداوي من حيث الالتزام بعدم الخلوة وأحكام كشف العورات وغيرها، إلا لضرورة أو حاجة داعية.

ثالثاً: الأحكام الشرعية:

(١) يجوز شرعا إجراء الجراحة التجميلية الضرورية والحاجية التي يقصد منها:

(أ) إعادة شكل أعضاء الجسم إلى الحالة التي خلق الإنسان عليها لقوله سبحانه: ﴿لَقَدْ خَلَقْنَا ٱلْإِنسَٰنَ فِىٓ أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ ﴿٤﴾﴾ (التين: ٤).

(ب) إعادة الوظيفة المعهودة لأعضاء الجسم.

(ج) إصلاح العيوب الخَلقِية مثل: الشفة المشقوقة (الأرنبية)، واعوجاج الأنف الشديد والوحمات، والزائد من الأصابع والأسنان والتصاق الأصابع إذا أدى وجودها إلى أذى مادي أو معنوي مؤثر.

(د) إصلاح العيوب الطارئة (المكتسبة) من آثار الحروق والحوادث والأمراض وغيرها مثل: زراعة الجلد وترقيعه، وإعادة تشكيل الثدي كلياً حالة استئصاله، أو جزئياً إذا كان حجمه من الكبر أو الصغر بحيث يؤدي إلى حالة مرضية، وزراعة الشعر حالة سقوطه خاصة للمرأة.

(هـ) إزالة دمامة تسبب للشخص أذى نفسياً أو عضوياً (قرار المجمع ٢٦(4/ 1))-

(٢) لا يجوز إجراء جراحة التجميل التحسينية التي لا تدخل في العلاج الطبي ويقصد منها تغيير خِلقَة الإنسان السوية تبعًا للهوى والرغبات بالتقليد للآخرين مثل عمليات تغيير شكل الوجه للظهور بمظهر معين، أو بقصد التدليس وتضليل العدالة، وتغيير شكل الأنف، وتكبير أو تصغير الشفاه، وتغيير شكل العينين وتكبير الوجنات.

(٣) يجوز تقليل الوزن (التنحيف) بالوسائل العلمية المعتمدة، ومنها الجراحة (شفط الدهون) إذا كان الوزن يشكل حالة مرضية ولم تكن هناك وسيلة غير الجراحة بشرط أمن الضرر.

(٤) لا يجوز إزالة التجاعيد بالجراحة أو الحقن ما لم تكن حالة مرضية شريطة أمن الضرر.

(٥) يجوز رتق غشاء البكارة الذي تمزق بسبب حادث أو اغتصاب أو إكراه، ولا يجوز شرعاً رتق الغشاء المتمزق بسبب ارتكاب الفاحشة، سداً لذريعة الفساد والتدليس. والأولى أن يتولى ذلك الطبيبات.

(٦) على الطبيب المختص أن يلتزم بالقواعد الشرعية في أعماله الطبية، وأن ينصح لطالبي جراحة التجميل (فالدين النصيحة).

ويوصي بما يأتي:

(١) على المستشفيات والعيادات الخاصة والأطباء الالتزام بتقوى الله تعالى، وعدم إجراء ما يحرم من هذه الجراحات.

(٢) على الأطباء والجراحين التفقه في أحكام الممارسة الطبية خاصة ما يتعلق بجراحة التجميل، وألا ينساقوا لإجرائها لمجرد الكسب المادي، دون التحقق من حكمها الشرعي، وأن لا يلجؤوا إلى شيء من الدعايات التسويقية المخالفة للحقائق.

والله أعلم.

***

أمثلة من الإجراءات والجراحات التجميلية التحسينية وأحكامها

نوع الإجراء/ الجراحة	الحكم الشرعي
١. زراعة شعر الرأس:	الأصل الجواز
- الشعر الصناعي:	تحرم لأنها كالوصل وللضرر، وتجوز للضرورة مع انتفاء الضرر.[1]
- زراعة الوصل:	تحرم للتجميل، وتجوز لإزالة أثر مرض أو حادث أو تشوه.
٢. إزالة الشعر:	يحرم إذا كان من الاماكن التي تحرم إزالتها كاللحية، وما جاز إزالته بالطرق المعتادة جاز إزالته بالطرق الطبية.
- شعر الوجه بالنسبة للمرأة:	جائز ما عاد الحواجب. فيحرم إزالتها للحسن، ويجوز إذا وجد ضرر.[2]
٣. أعضاء الوجه:	لعلاج التشوهات الطارئة جائز. للتحسين فقط أو التشبه أو إخفاء العمر أو الشخصية لا يجوز.[3]

---

(١) الفوزان، صالح: مرجع سابق، ص ١٤٥ ومابعدها. الغنيم، فؤاد. زراعة الشعر وإزالته التجميلية. السجل العلمي لمؤتمر الفقه الإسلامي الثاني. قضايا طبية معاصرة، مجلد٤، ص٣٣٣٠. الغفيلي، عبد الرحمن. زراعة الشعر وإزالته التجميلية في الفقه الإسلامي. موسوعة الفقه الإسلامي. مجلد٤، ص٣٢٥٤. المشيقح، خالد. زراعة الشعر وإزالته أحكام وضوابط شرعية. ندوة العمليات التجميلية بين الشرع والطب: مرجع سابق.

(٢) موسوعة الفقه الطبي. الجراحة التجميلية، مجلد ٢، ص٨٧٢-٨٧٣. الفوزان، صالح، مرجع سابق، ص١٦٢ ومابعدها.

(٣) الفوزان، صالح: مرجع سابق، ص١٩٢ وما بعدها. الشبيلي، يوسف: مرجع سابق. موسوعة الفقه الطبي: مرجع سابق، ص ٨٧٣-٨٨٠.

نوع الإجراء/ الجراحة	الحكم الشرعي
- إزالة التجاعيد:	الكريمات للتجاعيد السطحية جائز، تجوز إذا كان الأمر سطحياً ومؤقتاً، وتحرم إذا كان عميقاً ودائماً، إلا لإزالة تشوه غير معتاد.(١)
٤. التقشير الكيميائي:	السطحي جائز. المتوسط والعميق: تغيير خِلقه معهودة لا يجوز، إزالة تشوه غير معتاد جائز.(٢)
٥. الليزر:	إذا استعمل لأمر مباح فهو جائز، وأما لغرض تجميلي بحت فلا يجوز، ولإزالة تشوه غير معتاد جائز.(٣)
٦. الحقن:	حقن الدهون الذاتية: جائز.(٤) الكولاجين: إذا كان من مصدر طاهر أصالة أو بالاستحاله جائز.(٥) الديرما لايف: تأخذ حكم زراعة الأعضاء بضوابطها.(٦)

(١) موسوعة الفقه الطبي: مرجع سابق، ص٨٨٢. الشبيلي، يوسف: مرجع سابق. الفوزان، صالح: مرجع سابق، ص٢٥٠-٢٦٨.

(٢) الصواط، محمد. التقشير الطبي (حقيقته وحكمه وضوابطه). السجل العلمي لمؤتمر الفقه الإسلامي الثاني. قضايا طبية معاصرة. مجلد ٤،ص ٣١٦٥. وموسوعة الفقه الطبي: مرجع سابق، ص٨٩٣. الفوزان، صالح: مرجع سابق، ص ٣٣٧-٣٤١.

(٣) المشيقح، خالد: مرجع سابق. موسوعة الفقه الطبي: مرجع سابق، ص٨٩٨. الفوزان، صالح: مرجع سابق، ص١٦٥-١٨٨.

(٤) الفوزان، عبد العزيز. تحسين القوام والحقن التجميلي وشفط الدهون. ندوة العمليات التجميلية بين الشرع والطب: مرجع سابق. موسوعة الفقه الطبي، ص٨٩٥. الفوزان، صالح، مرجع سابق، ص ٣٤٧.

(٥) الفوزان، صالح: مرجع سابق، ص٣٥١.

(٦) المرجع السابق، ص ٣٥٢. موسوعة الفقه الطبي: مرجع سابق.

نوع الإجراء/ الجراحة	الحكم الشرعي
	البوتكس يجوز إذا لم يكن هناك ضرر، ولغرض مشروع.[١] حقن البلازما: جائزإذا كان حقنًا ذاتيًا.[٢]
٧. وشم الحاجبين:	لايجوز
٨. الأنف:	لإزالة إصابات أو تشوهات جائز، وإذا كان لا يوجد تشوه وللتحسين فقط فلايجوز.[٣]
٩. الذقن:	لوجود عيب ظاهري أو وظيفي او تشوه جائز، وللتجميل وللتحسين فقط فلا يجوز.[٤]
- الذقن المزدوج:	شفط الأنسجة والدهون بسبب مرض أو عيب جائز، ولمجرد كبر السن والترهل غير جائز.[٥]
- جراحة الفكين:	لإزالة قبح ظاهر؛ أو إعادة الخِلقة إلى ما كانت عليه، أو لتحصيل حاجة ودفع ضرر في أكل أو شرب أو كلام؛ يجوز، ولمجرد تحصيل الأجمل لا يجوز.[٦]
١٠. جراحة العين:	تشوهات خَلقية (عيون غائرة أو جاحظه) أو نتيجة حوادث جائزة، وتهدل الأجفان إذا كان شديداً

(١) المرجع السابق، ص ٣٥٢-٣٥٣.الفوزان، عبد العزيز: مرجع سابق. موسوعة الفقه الطبي: مرجع سابق.
(٢) عفانة، حسام. شبكة يسألونك الإسلامية. https://2u.pw/Xb9ZA
(٣) الشبيلي، يوسف، مرجع سابق. وموسوعة الفقه الطبي: مرجع سابق.
(٤) موسوعة الفقه الطبي: مرجع سابق، ص٨٧٧. الفوزان، صالح: مرجع سابق،٢٢١-٢٢٢.
(٥) الفوزان، صالح: المرجع السابق، نفس الصفحات. موسوعة الفقه الطبي: مرجع سابق، ص٨٧٧.
(٦) الماجد، سليمان. الموقع الرسمي. salmajed.com/fatwa/findnum.php?arno=16094

نوع الإجراء/ الجراحة	الحكم الشرعي
	ويؤثر في البصر جائز. ارتخاء الجفن الأسفل لمجرد تحسين خِلقة معتادة لا يجوز. [(١)]
١١. تجميل الأذن:	الأذن البارزه، الأذن الضامرة، تشوه خَلقي أو إصابة؛ جائز. الأذن الكبيرة لمجرد الحسن دون تشوه لا يجوز. [(٢)]
١٢. تجميل الشفاه:	التشوه الخَلقي الشفة الأرنبية جائز. التجميل التحسين، التكبير، التصغير، التقصير، الشفه المهدله، تعويض نقص الشفه، تصحيح في خِلقة معتادة (معهودة)؛ لا يجوز. [(٣)]
١٣. جراحات الثدي:	الرجل: يجوز إزالته وتصغيره إذا كان التضخم غير معتاد، أو لمرض كالسرطان. المرأة: يجوز إذا كان تشوه غير معتاد، أو ضرر على جسد المرأة، أو علاج جراحي ترميمي. يحرم لمجرد الحسن، أو إخفاء التقدم في العمر، أو تكرار الحمل والولادة، أو تعديل القوام والتقليد للأخريات. [(٤)]

(١) الفوزان، صالح: مرجع سابق، ص ١٩٩-٢٠٣. الشبيلي، يوسف: مرجع سابق

(٢) الفوزان، صالح: المرجع السابق، ص ٢٣١-٢٣٧.وموسوعة الفقه الطبي، ص ٨٧٨.

(٣) الشبيلي، يوسف: مرجع سابق. الفوزان، صالح: مرجع سابق، ص ٢٤٧-٢٤٩.

(٤) الفوزان، صالح: مرجع سابق، ص٢٧٩-٢٩٢. القحطاني، حنان محمد. عملية تجميل الثدي. السجل العلمي لمؤتمر الفقه الإسلامي الثاني قضايا طبية معاصرة، ص٣٣٨٩-٣٤١٠، الجرعي، عبد الرحمن. تجميل الثدي. أحكام وضواط

نوع الإجراء/ الجراحة	الحكم الشرعي
	رفع الثدي: لا يجوز إلا اذا كان بسبب مرضي.[١]
١٤. جراحة الجلد:	يجوز إحداث الوشم الطبي، أو إزالة وشم الحوادث، أو إزالة تشوهات الجلد غير المعهودة. ويجب إزالة الوشم الاختياري إذا لم يترتب عليه ضرر.[٢]
١٥. جراحات تحسين القوام: - شفط الدهون:	يجوز لإزالة ضرر، أو ترهل غير معهود، أولمرض، أو لضرر بالغ، مع ضرورة الالتزام بضوابطها. يحرم لمجرد تحسين المظهر او إزالة ترهل معهود.[٣]
- شد البطن:	يجوز لعلاج مرض أو وجود ضرر بالغ. لا يجوز لغرض التحسين فقط بما هو معهود.[٤]
١٦. تطويل العظام:	يجوز لعلاج عيب أو تشوه. يحرم لمجرد تحسين القوام.[٥]

شرعية. ندوة العمليات التجميلية بين الشرع والطب (واشترط بالنسبة لتصغير ثدي الرجل لغرض الشكل أن يكون فيه أذى جسدي). وموسوعة الفقه الطبي: مرجع سابق، ص٨٨٢-٨٨٥.

(١) الجرعي عبد الرحمن: مرجع سابق. وموسوعة الفقه الطبي: مرجع سابق، ص٨٨٦.،الفوزان، صالح: مرجع سابق،٢٩١. القحطاني، حنان: مرجع سابق، ص ٣٤٠٧.

(٢) الفوزان، صالح: مرجع سابق، ص ٢٩٩-٣٠٥.

(٣) الفوزان، عبد العزيز: مرجع سابق، الفوزان، صالح: مرجع سابق، ص ٣٠٩-٣١٢. وموسوعة الفقه الطبي، ص٨٨٩.

(٤) الفوزان، صالح: مرجع سابق، ص٣١٥-٣١٧.، موسوعة الفقه الطبي: مرجع سابق، ص٨٩٠، الفوزان، عبد العزيز: مرجع سابق.

(٥) موسوعة الفقه الطبي: مرجع سابق، ص٨٩١. الفوزان، صالح: مرجع سابق، ص٣٢١-٣٢٤

نوع الإجراء/الجراحة	الحكم الشرعي
١٧. تقويم الأسنان:	إعادة تنظيم، جائز. أما لو افترض أنه للتجميل فحسب فلا يجوز. [(١)]
١٨. تضخيم الأرداف أو عضلة الساق	يجوز لأغراض ترميمية من مرض كشلل الأطفال مثلا. لايجوز لغرض تحسين الشكل فقط. [(٢)]

❊❊❊

---

(١) الفوزان، صالح: مرجع سابق، ص٤٨٠-٤٧٨.
(٢) الفوزان، صالح: مرجع سابق، ص٣٢٧-٣٢٩، موسوعة الفقه الطبي: مرجع سابق،٨٩١-٨٩٢.، الفوزان، عبد العزيز: مرجع سابق.

الفصل السابع عشر:

المسؤولية الطبية

المسؤولية الطبية

الحالات:

الحالة الأولى:

سيدة تبلغ من العمر ٦٩ عامًا تعاني من التهاب شديد في مفصل الفخذ، وبعد عدة مراجعات مع الطبيب أشار الطبيب على المريضة بإجراء جراحة تبديل مفصل الفخذ، وبعد موافقة المريضة تم إجراء العملية الجراحية إلا أن الطبيب بعد الانتهاء من العملية كان مستعجلًا بالخروج من المستشفى ليلحق بموعد خاص. فأوكل مهمة ترتيب متطلبات ما بعد الجراحة للممرضة بحكم خبرتها معه في عمليات عديدة سابقة، ولكنّ الممرضة لم تعطِ مضادات التخثر للمريضة مما أدى إلى تعرض المريضة إلى خثار الأوردة العميقة (DVT) بعد عدة أيام من الجراحة.

الحالة الثانية:

حضرت امرأة حامل في الأسبوع السابع –حسب تشخيص فحص الحمل الأولي– لإجراء الأشعة الصوتية، فقد شعرت بأن حملها قد لا يكون سليمًا. اكتشفت الفنية التي أجرت الأشعة الصوتية أن المريضة لديها حمل خارج الرحم، وأنها فعلًا في الأسبوع السابع، فسجلت ذلك في التقرير، ولم تبلغ المريضة، كما أنها لم تحرص على إخبارالطبيبة أو أي أحد له علاقة، علمًا بأن المريضة قد سألت الفنية

عن سلامة الحمل فأجابتها أن كل شيء على ما يرام. عادت المريضة فورًا بعد الأشعة الصوتية إلى طبيبتها بانتظار قدوم الملف أو النتيجة.. لكن لم يصل الملف ولا حتى النتيجة.. حاولت الطبيبة الاتصال بقسم الأشعة الصوتية لكن لم تجد ردًا. فطمأنت الطبيبة المريضة أن حملها سليم، وعادت المريضة إلى منزلها. في صباح اليوم التالي استيقظت المريضة على آلام شديدة مبرحة في أسفل البطن، إضافة إلى قيء ودوخة. فذهبت إلى طوارئ نفس المشفى حيث أخبرها الأطباء بأن لديها نزيفًا داخليًا حادًا في البطن، وانخفاضًا شديدًا في الضغط ٧٠ على ٣٠ لانفجار قناة فالوب لديها. أدخلت المريضة إلى غرفة العمليات فورًا، تم إنقاذ حياتها بقدرة الله تعالى.

تعريف المسؤولية الطبية:

تشتق كلمة المسؤولية من الفعل سأل، وتعني أن الإنسان محل للمؤاخذة، ومسؤول عن أعماله. [١]

وقد جاء في الحديث الشريف: «**كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته**». [٢]

ومعلوم أن الفقهاء الأقدمين لم يستخدموا هذا اللفظ، وإنما استخدموا لفظ " الضمان " تعبيراً عن المسؤولية، كما استخدم بعضهم لفظ " المأخوذية " ونسب ذلك إلى الإمام الشافعي رحمه الله.

---

(١) الغامدي، عبدالله سالم مسؤولية الطبيب المهنية، ص ٢٣.
(٢) صحيح البخاري .الصفحة أو الرقم2409 . الدرر السنية.
https://www.dorar.net/hadith/sharh/74807

معني المسؤولية في الأصطلاح:

إذا اعتبرنا المسؤولية مرادفة للضمان فقد عرف الفقهاء الضمان بأنه: "غرامة التالف أو هو التزام بتعويض مالي للغير، أو إلزام شخص بضمان الضرر الواقع بالغير نتيجة لعمل قام به. "(١)

فإذا أضيف لفظ المسؤولية إلى الطب يصبح معنى المسؤولية الطبية: أثر جناية الطبيب من قصاص أو تعزير أو ضمان. (٢)

أساس المسؤولية الطبية

تنشأ العلاقة بين الطبيب والمريض على أساس أن يحقق الطبيب مصلحة المريض، وأن يسخر علمه ومهاراته وقدراته وجهده في علاج المريض مع التزام بالأسس العلمية والعملية للممارسة الطبية. وهنا تتضح مسؤوليته بألا يضرَّ بالمريض، ولا يخالف أصول المهنة.

فإذا وجد ضرر وجدت المسؤولية، كما أنه إذا كانت هناك مخالفة لأصول المهنة فهناك مسؤولية.

والشريعة الإسلامية تفرق بين أساس مسؤولية الإنسان عن تصرفاته المدنية وأساس مسؤوليته عن تصرفاته الجنائية. (٣)

---

(١) الغامدي: المرجع السابق، ص٢٥-٢٧.
(٢) آل مبارك، قيس: المسؤوليه الطبية، ص٣٦
(٣) الغامدي، عبد الله: مرجع سابق. نقلًاعن الزحيلي، ص ٣٤.

نطاق المسؤولية الطبية

ويمكن تقسيمها إلى الأقسام الآتية:

أ. نطاق المسؤولية المدنية:

تقوم هذه المسؤولية على أساس مادي وهو الضرر، فحيثما وجد الضرر كانت المسؤولية. فالفعل الضار أساس للمسؤولية وسبب للضمان. [1]

ب. نطاق المسؤولية الجنائية:

فرقت الشريعه الإسلامية بين الخطأ والعمد، فأساس المسؤولية الجنائية الإدراك والاختيار، ومحلها الإنسان المدرك المختار. [2]

وقد ثبت أن المسؤوليه تسقط شرعاً عن الخطأ والنسيان وعدم الإدراك، فهي تسقط عن النائم، والصبي، والمجنون.

أدلة مشروعية المسؤولية في العمل الطبي

أولًا: دلالة الكتاب

ومن ذلك قوله تعالى: ﴿ وَجَزَٰٓؤُاْ سَيِّئَةٍ سَيِّئَةٌ ﴾ (الشورى: ٤٠).

وقوله تعالى: ﴿ فَمَنِ ٱعۡتَدَىٰ عَلَيۡكُمۡ فَٱعۡتَدُواْ عَلَيۡهِ بِمِثۡلِ مَا ٱعۡتَدَىٰ عَلَيۡكُمۡ ﴾(البقرة، ١٩٤).

---

(١) الغامدي، عبد الله: المرجع السابق، ص٣٤

(٢) الغامدي، عبد الله: مرجع سابق. نقلًاعن الزحيلي، ص ٣٥.

ثانيًا: دلالة السنة النبوية:

ومن ذلك: قوله ﷺ: «**لاضرر ولاضرار**»، [١] وفي لفظ آخر: «قضى أن لاضرر ولا ضرار». [٢]

وقوله عليه الصلاة والسلام: «**من تطبب ولم يعلم منه طب فهو ضامن**». [٣]

ثالثًا: دلالة الإجماع

فقد نقل الإجماع بعض العلماء، كابن المنذر فقال: وأجمعوا على أن قطع الخاتن إذا أخطأ فقطع الذكر، أو الحشفة أو بعضها، فعليه ما أخطأ به، تعقله عنه العاقلة.[٤]

رابعًا: دلالة العقل

يدل العقل على مشروعية المسؤولية الطبية، حيث يعرف من خلال الأوجه الآتية :[٥]

١- القياس: حيث يضمن الطبيب قياساً على الجاني، وجامع كل منهما

---

(١) الأربعون النووية. الصفحة أو الرقم32، خلاصة حكم المحدث حسن. الدرر السنية. https://www.dorar.net/hadith/sharh/85582

(٢) الألباني، صحيح ابن ماجه. الصفحة أو الرقم 1909، خلاصة حكم المحدث :صحيح. الدرر السنية. https://www.dorar.net/hadith/sharh/85582

(٣) تخريج مشكاة المصابيح. الصفحة أو الرقم 3/392 :خلاصة حكم المحدث :حسن، كما قال في المقدمة. الدرر السنية. https://www.dorar.net/hadith/sharh/86781#

(٤) إبن المنذر، أبوبكر بن إبراهيم. الإجماع. ط٢. مكتبة دار الفرقان. عجمان. ١٤٢٠هـ (١٩٩٩م)، ص ١٧١. موقع مجلة الكتب العربية. https://2u.pw/zkrMk

(٥) الشنقيطي، محمد المختار. أحكام الجراحة الطبية، ص ٤٢٣.

نتيجة الإقدام على ما لم يجز الأقدام عليه، حيث يضمن الطبيب المتعدي ما أتلفت يداه كما يضمن الجاني حيث إن فعله محرم.

٢- النظر: فمن المعلوم أن الشريعة الإسلامية راعت العدل، ودفع الظلم، والمسؤولية الطبية معينة على تحقيق ذلك فوجب اعتبارها.

الموقف الشرعي من جناية الطبيب:

تقصد الشريعة الإسلامية إلى حفظ النفس البشرية وصيانتها، وحفظ الجسد الإنساني، وعدم التعدي عليه إلا بمسوغ شرعي. فلا يجوز لإنسان أن يقدم على التعدي على أجساد الناس إلا تحقيقاً لمصلحة أو دفعًا لضرر وبعد إذنهم.

وقد أجازت الشريعه لأهل الاختصاص من الأطباء ومساعديهم القيام بالعمل الطبي ضمن إطار محدود دون تجاوز. فإذا وقع التجاوز قامت المسؤولية، ووجبت المؤاخذة وترتب الضمان. ولا يشترط في هذه الحالة قصد الجناية، فإن قصد الجناية نادر الحدوث، إلا أنه ممكن وقوعه عقلاً وحسًا. ومن هنا فإن الشريعه الإسلامية توجب المسؤولية على الطبيب، حتى وإن لم يكن هناك قصد للجناية، لا كما يرى بعض فقهاء القانون أن قصد الجناية منتف في حالة الطبيب ولامسؤوليه عليه بناء على ذلك.[1]

ومعلوم أيضاً الإجماع على تضمين الطبيب الجاهل، استدلالاً بالحديث النبوي الشريف: "من تطبب ولم يعلم منه طب، فهو ضامن".[2]

---

(١) الشنقيطي، محمد المختار. أحكام الجراحة الطبية، ص ٤٢٧ -س ٤٢٩.
(٢) سبق تخريجه.

أقسام المسؤولية الطبية

للمسؤولية الطبية في الشريعه الإسلامية جانبان:

الأول: يتعلق بالجانب الأخلاقي، وهو جانب السلوك.

الثاني: يتعلق بالجانب العلمي المهني. [١]

فمن أمثلة القسم الأول الذي يتعلق بسلوك الطبيب وأدائه في التعامل مع المرضى: قضايا الغش والكذب كأن يدعي الطبيب أن لدى المريض مرضاً معيناً، وهو ليس كذلك، أو أن يخفي عنه تشخيص المرض.

ومن أمثلة القسم الثاني الذي يتعلق بما ينتج عن العمل الطبي من أضرار: الخطأ الطبي أو التقصير، أو الإهمال في علاج المريض، أومخالفة العقود بين الأطباء والمرضى.

موجبات المسؤولية الطبية

ومعناها الأسباب التي تقع بسببها المسؤولية الطبية، ويمكن إجمالها بما يأتي:

أولًا: العمد أو الاعتداء

فإذا تعمد الطبيب إيذاء المريض أو الإضرار به فإنه يؤاخذ على فعله هذا بالقصاص، كما هو معلوم في الشريعه الإسلامية. [٢]

---

(١) الشنقيطي، محمد المختار: نفس المصدر، ص ٤١٩.

(٢) آل الشيخ، قيس مبارك: مرجع سابق، ص ١٥١.



وهذا نادر في الأطباء، وكافة الممارسين الصحيين، ولله الحمد. يقول الشيخ محمد الشنقيطي:

" والغالب فيهم – أي الأطباء – السلامة والبعد عن هذا الموجب الذي لا يتخلَّق به إلا أصحاب النفوس السيئة التي لا تخاف الله ولا ترعى حدوده ومحارمه، لذلك فإنه قلَّ أن يوجد في الأطباء ومساعديهم من يسعى للإضرار بالناس على هذا الوجه". [١]

ثانيًا: عدم أتباع الأصول العلمية

ويقصد بها الأصول الفنية المهنية التي اتفق عليها أهل هذه المهنة، وأصبحت معتبرة لديهم، وينبغي على كل ممارس للطب أن يلتزم بها. فالخروج عن هذه الأصول العلمية الفنية يضع الطبيب تحت طائلة المساءلة. [٢] وسنتكلم عنها بشي من التفصيل لاحقاً.

ثالثًا: الجهل

والمراد به أن يقدم الطبيب على العمل الطبي وهو ليس على علم به. وسواء كان الذي يقوم بهذا العمل مدعيًا للطب أو طبيباً في الأصل، ولديه معرفة في الطب إلا أنه يجهل هذا النوع من العمل الطبي جهلاً كاملاً أو جزئيًا، [٣] كأن

---

(١) الشنقيطي، محمد المختار: مرجع سابق، ص ٤٥٦.
(٢) الشنقيطي، محمد المختار: مرجع سابق، ص ٤٤٥.
(٣) انظر: الشنقيطي، محمد المختار: مرجع سابق، ص ٤٥٤ وأيضا آل الشيخ مبارك، قيس: مرجع سابق، ص ١٩١.

يكون متخصصاً في الجراحة العامة ويقوم بإجراء عملية من اختصاص جرَّاحي المسالك البولية، أو أن يكون متخصصاً في الأمراض الجلدية، ويصف أدوية لمرضى السكري أو ضغط الدم.

رابعًا: الخطأ

وهو ضد الصواب، أو ما انتفى فيه القصد وسنفصل القول فيه لاحقاً.

خامسًا: تخلف إذن المريض

من الواجب على الطبيب عند القيام بإجراء طبي أخذ موافقة المريض وإذنه، كما سبقت مناقشته في الفصل الرابع، ويعد عدم أخذ موافقة المريض، أووليه إن كان قاصرًا أو فاقدًا للأهليه من موجبات المسؤولية.

سادسًا: تخلف إذن الحاكم أو ولي الأمر

إن على الطبيب قبل ممارسته للمهنة أن يكون حاصلاً على إذن من ولي الأمر، وهو السلطان المسؤول عن إدارة شؤون الدولة أو من يمثله.

فإذا تخلف الإذن ومارس الطبيب المهنة بدونه فهو محل المساءلة. وتطبيقه في الوقت الحاضر، هو الحصول على الترخيص بمزاولة المهنة من الجهات المختصة بذلك،[١] مثل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية في المملكة العربية السعودية.

(١) البار، محمد على وباشا، حسان. مسؤولية الطبيب، ص ٦٨.

سابعًا: الغرر

والمقصود به الخداع أو حمل الغير على ما لا خير فيه بوسلية كاذبه مضلله.[(١)]

ومن ذلك أن يوهمه بأن الدواء مفيد وهو مضر به فيعتبر المريض مخدوعًا، والطبيب غارًا في هذه الحالة، ويدخل في هذا الباب إيهام المريض بأنه يعطي دواء نافعاً وهو في الحقيقة مازال تحت التجربة، ولم تثبت فعاليته بعد. فعلى الطبيب أن يخبر المريض بأن الدواء مازال تحت التجربة.

ثامنًا: رفض الطبيب المعالجة في حالات الضرورة

اتفق الفقهاء على جواز إجبار القادر على بذل الزائد عن حاجته، وإكراهه على البذل. وإيجاب العلاج على الطبيب في حالات الضرورة هو قول جمهور الفقهاء، ولم يخالف في ذلك إلا الحنابله في أحد أقوالهم.[(٢)]

تاسعًا: المعالجات المحرمة

إن قيام الطبيب بعمل يخالف الشريعة الاسلامية مما يعتبر من المحرمات في مجال العمل الطبي؛ موجب من موجبات المسؤولية، ومن أمثلة ذلك: القتل بدافع الشفقة أو القتل الرحيم؛ حيث إنه محرم شرعًا لا يجوز للطبيب القيام به، كما لا يجوز للمريض أن يمكنه من ذلك.[(٣)]

---

(١) آل الشيخ مبارك، قيس: مرجع سابق، ص ٢٢٣.
(٢) آل الشيخ مبارك، قيس: مرجع سابق، ص ٢٣٤-٢٣٩.
(٣) آل الشيخ مبارك، قيس: المرجع السابق :٢٤٧.

ومن صور المعالجات المحرمة: القيام بإجراءات من شأنها إحداث إضرار بالمريض، مثل الإجهاض غير العلاجي لغير ضرورة سوى تلبية رغبة الحامل في التخلص من الحمل. (١)

عاشراً: إفشاء سر المريض

الأصل في الطبيب حفظ أسرار المرضى، فلا يجوز إفشاء أسرار المرضى إلا في حالات خاصة كما سبق بيانه في الفصل السادس.

وإذا أفشى الطبيب سراً من أسرار المريض، فتضرر بذلك، فلا شك في حرمة هذا الإفشاء، وأما إذا لم يتضرر، فإنه مكروه وإن لم يحرم. (٢)

ومن هنا يعتبر الطبيب محلاً للمسؤولية إذا أفشى أسرار المريض

حادي عشر: الإخلال بالعقد

إذا تعاقد الطبيب والمريض على الطبابة فقد أصبح العقد ملزماً للطرفين، فلا يجوز نقضه إلا برضاهما معًا، إلا أنه يجوز للمريض قبل بدء العمل الطبي أن يفسخ العقد، لأن الأصل أن لا يبدأ العمل الطبي إلا بموافقته ورضاه الكامل.

وإذا لم يلتزم الطبيب بالعقد الطبي كما هو فسيكون محلاً للمساءلة.

---

(١) البار وباشا: مرجع سابق، ص٧٠.

(٢) آل الشيخ مبارك، قيس: مرجع سابق، ص ٢٥٥.



أركان المسؤولية

وقد سماها بعضهم أركان الخطأ[(١)]

والمقصود بها الأمور التي إذا تضافرت مجتمعة يساءل الطبيب عندها ويؤاخذ بناء على وجودها، وقد سماها بعضهم أركان المسؤولية أو شروطها،[(٢)] وهي ثلاثة أركان: التعدي، والضرر، والإفضاء أوالسببية أو علاقة التعدي بالضرر.

١- التعدي:

وهو مجاوزة ما ينبغي أن يقتصر عليه شرعاً أو عرفًا،[(٣)] أو هو "إتيان الطبيب فعلًا من المحظورات، سواء كان إيجابًا أو سلبًا، عمدًا أو خطأً، مباشرة أو تسببًا. [(٤)]

فالتعدي الإيجابي مثل قيام الطبيب باجراء أدى إلى ضرر المريض مثل بتر أحد أطرافه مثلًا.

والتعدي السلبي هو ترك الواجب فعله، كأن يكون المريض محتاجاً إلى إجراء طبي كالمنظار أو العملية الجراحية أو استشارة طبيب ذي اختصاص، ولم يقم الطبيب بهذا الإجراء، وقد يكون التعدي عمداً أو خطأً.

---

(١) الحسن، ميادة محمد. الخطأ الطبي. السجل العلمي لمؤتمرالفقه الإسلامي الثاني: قضايا طبية معاصرة، المجلد الخامس، ص ٤٤٣٠.

(٢) الغامدي، عبد الله: مرجع سابق، ص ٧٤،٧٣.

(٣) الشنقيطي، محمد المختار: سابق، ص ٤١٨.

(٤) الغامدي: المرجع السابق، ص ٧٧.

٢- الضرر:

عرف الضرر بأنه " إلحاق المفسدة بالنفس وبالآخرين "[١]، ويشمل الضرر المادي (الحسي) أو المعنوي.

ومن أمثلة الضرر المادي: إتلاف عضو من أعضاء الإنسان

ومن أمثلة الضرر المعنوي: إلحاق الضرر بالمريض بإفشاء أسراره

فكل ما يمس الآخرين ويسوؤهم في دينهم، وعرضهم، وشعورهم، ومكانتهم في المجتمع يعد ضرراً معنوياً حرمته الشريعة الإسلامية وعاقبت عليه.[٢]

٣- الإفضاء أو الرابطة السببية:

عندما يتحقق التعدي من الطبيب بأي نوع من أنواعه ويحدث الضرر، لا تقوم المسؤوليه حتى توجد رابطة سببية بينهما، بمعنى أنه لابد أن يتبين لنا أن فعل الطبيب هو الذي أدى إلى الضررالذي وقع، حيث يشترط لمسؤولية الجاني عن الجريمة المنسوبة إليه أن تكون ناشئة عن فعله. [٣]

الخطأ الطبي

الخطأ في اللغة: ضد الصواب، وما يقابل العمد. وفي الأصطلاح تعددت

---

(١) الغامدي: المرجع السابق، ص ٩٢.
(٢) الغامدي: المرجع السابق، ص ٩٤.
(٣) الغامدي: المرجع السابق، ص ١٠١.

التعريفات، لكن مدارها على "انتفاء القصد".

ويمكن تعريفه بأنه: إرادة الفعل دون النتيجة. [١]

أما الخطأ الطبي، فقد تعددت تعريفاته، ويمكن تعريفه بأنه:

" الإخلال بما تفرضه أصول المهنة وقواعدها الثابتة". [٢]

" عدم قيام الطبيب بالالتزامات الخاصة التي تفرضها عليه مهنته". [٣]

تقسيم الخطأ الطبي

قسم بعض الباحثين الخطأ الطبي الى قسمين وهما:

أ. الخطأ العادي.

ب. الخطأ المهني (الفني)،[٤] واضاف بعضهم إليها:

ج. الخطأ المسلكي. [٥]

ويدخل تحت هذه الأقسام أنواع كثيرة قد يطول الحديث عنها، ولذلك سنناقشها باختصار.

أ- الخطأ العادي

ويقصد به الإخلال بالالتزام المفروض على الناس كافة، باتخاذ العناية

---

(١) الحسن، ميادة: مرجع سابق ٤٤٢٦.
(٢) خيال، وجيه محمد. المسؤولية الجنائية للطبيب في النظام السعودي، ص٨٠.
(٣) الغامدي، عبد الله: مرجع سابق، ص ١٢١.
(٤) الغامدي، عبد الله: مرجع سابق، ص ١٢٣.
(٥) النفسيه، عبد الرحمن: مرجع سابق، ص ١٧٩.

اللازمة عند القيام بأي فعل أو نشاط معين. [١] وقد يصدر من الطبيب ألفاظ نابية، أو غير لائقة، أو أن يتعامل مع المريض بشيئ من الفظاظة والغلظة، او السخريه، أو الاستهزاء، أو القذف، فكل هذه أخطاء سلوكية عادية يؤاخذ عليها الطبيب كغيره من الناس.

ب- الخطأ المهني (الفني)

وهو الخطأ المتعلق بممارسة الطبيب المهنية، حيث ينحرف بالعمل الطبي عن الأصول العلمية والفنية التي تحكم المهنة وممارستها. فإذا خالف الطبيب هذه الأصول يعتبر واقعاً في خطأ طبي مهني. [٢]

ومن أمثلة ذلك أن يخطئ الطبيب في التشخيص، أو في تنفيذ الخطة العلاجية، أو في اختيار خطة علاجية خاطئة كأن يقرر إجراء عمليه جراحية للمريض في حين أنه لا يحتاجها.

فمن تعريفات الخطأ الطبي المهني أنه:

"الفشل في إتمام عمل مخطط له على الوجه المقصود (خطأ في التنفيذ)، أو تنفيذ خطة عمل خاطئة لتحقيق هدف ما (خطأ في التخطيط). [٣]

ووفقاً لأحكام الشريعة فإنه لا فرق في المسؤولية الجنائية بين المباشر

---

(١) الغامدي، عبد الله: مرجع سابق، ص ١٢٣-١٢٢.

(٢) الغامدي، عبد الله: مرجع سابق، ص ١٢٤.

(3) Institute of Medicine.To err is human: Building a safe health system. National academy Press,2006: P28.

والمتسبب، فإذا باشر الطبيب العلاج بيده، أو لم يباشر كأن يصف الدواء؛ فهو متسبب في هذه الحالة وكلتا الحالتين سواء في المؤآخذة.[1]

ومما يوجب المسؤولية بالتسبب مسؤولية المستشفيات عن أخطاء العاملين فيها، فهي مؤتمنه من قبل ولي الأمر، ومن قبل عامة الناس، وملزمة بمعالجة المرضى وفق الأصول المتبعة عند أهل الأختصاص.[2]

ج. الخطأ المسلكي

ويتعلق بخطأ الطبيب في سلوكه في التعامل مع مرضاه أو غيرهم.

معيار الخطأ الطبي

ليس الخطأ الطبي كغيره من الأخطاء، إذ لايمكن قياسه بها، حيث تعتري العمل الطبي ظروف وملابسات لابد من اعتبارها عند تقدير الخطأ الطبي وهناك ثلاثة معايير في هذا الشأن، وهي:

أولًا: المعيار الشخصي

وفي هذه الحالة يقاس سلوك الطبيب على ضوء سلوكه وتصرفه الشخصي. فإذا نتج الخطأ عن سلوك أقل حيطة وحذراً مما هو معتاد عليه، توافر في حقه الإخلال بواجب الحيطة والحذر؛[3] مع الأخذ في الحسبان الظروف التي أحاطت به.

(١) البار، وشمسي باشا: مرجع سابق، ص ٧٩.
(٢) الشنقيطي: مرجع سابق، ص ٤٨٦.
(٣) الغامدي: مرجع سابق، ص ١٢٩، العيدوني، وداد، والعلمي، عبد الرحيم. الخطأ الطبي بين الشرع والقانون. السجل العلمي لمؤتمرالفقه الإسلامي الثاني: قضايا طبية معاصرة، المجلد الخامس، ص ١٤٧١٦.

ثانيًا: المعيار الموضوعي (المادي)

ومن خلاله يتم قياس سلوك الطبيب بمسلك الرجل العادي، صاحب السلوك المتوسط في تصرفاته وحيطته ويقظته وبذله للعناية. [١]ويؤيد ذلك أن الشريعة الإسلامية جاءت بتحكيم العرف فيما لاضابط له شرعًا ولغةً. [٢]

ومعنى هذا أن يقاس سلوك الطبيب الجاني بمقياس مسلك الطبيب العادي اليقظ حين يوجد في نفس الظروف التي أحاطت بالطبيب الجاني. [٣]

وهذا هو المعيار الذي يراه فقهاء الشريعة الإسلامية. [٤]

ثالثًا: المعيار المختلط

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن جوهر الخطأ يتمثل في عدم مراعاة العناية اللازمة لتجنب النتيجة غير المشروعة، فالخطأ يتحقق بتوفر عنصرين هما:

أ. وجوب اتخاذ العناية والحذر لتوقي النتيجة.

ب. استطاعة الجاني اتخاذ العناية المطلوبة.

حيث يتحدد مدى وجوب اتخاذ العناية بمعيار موضوعي، ويتحدد إمكان اتخاذها بمعيار شخصي. [٥]

قلت: وهذا هو الذي نميل إليه. والله أعلم.

---

(١) الغامدي: مرجع سابق، ص ١٢٩، والعيدوني والعلمي: مرجع سابق، ص ١٤٧١٦.
(٢) الجبير: هاني. السجل العلمي لمؤتمرالفقه الإسلامي الثاني: قضايا طبية معاصرة، المجلد الخامس، ص ٤٣٧٧.
(٣) الحسن: ميادة: مرجع سابق، السجل العلمي لمؤتمرالفقه الإسلامي الثاني: قضايا طبية معاصرة،ص٤٤٣٦.
(٤) البار: وشمسي باشا، مرجع سابق، ص ٨٩.
(٥) الصقير، قيس. المسؤولية المهنية الطبية في المملكة العربية السعودية، ص ١٣٨.

أقسام الخطأ الطبي

يرى فقهاء الشريعة أن الخطأ على نوعين، هما:

أ. خطأ في الظن أو القصد

ب. خطأ في الفعل

والخطأ في القصد مثل أن يجري الجراح العملية الجراحية في العضو السليم.

والخطأ في الفعل، كأن يقصد فعلًا، ويصدر منه فعل آخر.[1] مثل الخطأ في جرعة الدواء عندما يعطى المريض جرعة زائدة، أو مثل أن يجري الجراح عملية جراحية في المكان الصحيح لكن فعل الجراحة خاطئ أو فيه تجاوز.

والخطأ في التقدير يكون على صورتين:

الأولى: مثل الخطأ في تشخيص الداء فيعالج بما لا يناسبه.
الثانية: أن يوقع العلاج أو الجراحة في مكان يتبين فيما بعد أنه لا يحتاج للعلاج أو الجراحة.[2]

تقدير الخطأ

ونعني به أنواع الخطأ من حيث درجته، حيث يقسم عادة إلى درجتين، وهما:

---

(١) جستينيه، هالة محمد. الخطأ الطبي في الميزان: السجل العلمي لمؤتمرالفقه الإسلامي الثاني: قضايا طبية معاصرة، المجلد الخامس، ص ٤٥١٥ـ ٤٥١٤.
(٢) المرجع السابق: ص٤٥١٥.

١- الخطأ الجسيم

وهو الذي لا يصدر عموماً من أقل الناس يقظة وتبصرًا، ويمكن تعريفه بأنه: " كل فعل يرى طبيب يقظ، وجد في نفس الظروف الخارجيه التي أحاطت بالطبيب المسؤول، وفي مستواه العلمي، أن حدوثه يحتمل جداً أن ينشأ عنه الضرر المنسوب لذلك الطبيب. "[١]

٢- الخطأ اليسير

وهو الذي يرى الطبيب اليقظ الذي وجد في نفس الظروف أنه في الغالب غير محتمل. [٢]

وهنا يثار سؤال: هل يسأل الطبيب عن الخطأ اليسير أم أنه لايسأل الا عن الخطأ الجسيم؟

هناك رأيان في هذا المجال: أحدهما أن الطبيب لا يسأل إلا عن الخطأ الفاحش (الجسيم)، وقد أخذ بهذا الرأي بعض الفقهاء. [٣]

والرأي الآخر يرى أن الطبيب يسأل عن خطئه العادي في كل صوره يسيرًا كان أم جسيمًا، أما الخطأ الفني فإن الطبيب لا يسأل إلا عن خطئه الجسيم،[٤] خوفًا من تقييد حرية الطبيب في ممارسة عمله.

والذي أستقر عليه الرأي أن الطبيب يسأل عن خطئه بصرف النظر عن

(١) سويلم، محمد أحمد: محمد أحمد: السجل العلمي لمؤتمرالفقه الإسلامي الثاني: قضايا طبية معاصرة، المجلد الخامس، ص٤٥٧٠.

(٢) المرجع السابق، ص ٤٥٧٠.

(٣) الحسن، ميادة: مرجع سابق، ص ٤٤٤١.

(٤) الحسن، ميادة: مرجع سابق، ص ٤٤٤٣.

درجته، يسيراًكان أم جسيماً،[1] واشترط أن يكون الخطأ ظاهرًا قطعيًا.[2]

ويؤيد هذا الرأي أن فقهاء الشريعة لم يفرقوا في تضمين الطبيب بين الخطأ اليسير أو الفاحش (الجسيم)، ومن هنا يعلم اتفاق الفقه الإسلامي والقانون على مساءلة الطبيب عن كل أخطائه.

صور الخطأ الطبي

قسم الخطأ الطبي إلى أربع صور، كما يأتي:

الأولى: الرعونه

ويقصد بها الخفة والطيش، ونقص الخبرة والمهارة، وسوء التقدير، أو الجهل، أو الإقدام على تصرفات دون حساب لعواقبها، كطبيب يجري عمليه جراحية دون الاستعانه بمختص في التخدير، أو أن يشرع في إجرائها دون عمل الفحوص اللازمة لها مسبقاً.

الثانية: عدم الاحتياط والتحرز

ويعني ذلك عدم التبصر بعواقب الأمور مع علمه بخطورة ما يقدم عليه، أو إقدامه على ما يجب الامتناع عنه. ومن أمثلة ذلك: عدم إعطاء الأدوية الوقائية

---

(١) الحسن، ميادة: مرجع سابق، ص ٤٤٤٤، سويلم، محمد: مرجع سابق، ص ٤٥٧٢، ضمرة، عبد الجليل. السجل العلمي لمؤتمرالفقه الإسلامي الثاني: قضايا طبية معاصرة، المجلد الخامس، ص٤٦٩١، العيدوني: مرجع سابق، ص ٤٧١٥، التايه، اسامة ابراهيم. مسؤولية الطبيب الجنائية، ص ١٣٠.

(٢) الحسن، ميادة: مرجع سابق ٤٤٤٤.

قبل العمليات الجراحية التي لاتجري إلا بها، ومنها إجراء عملية جراحية كبرى كالولادة القيصرية مع العلم بعدم توفر بنك للدم.

الثالثه: الإهمال وعدم الإنتباه

وهو عدم اتخاذ الطبيب الاحتياط والحذر والعناية التي توجبها مهنته، قياساً على من كان في ظروفه، ولو اتخذ الإجراء لما حصلت النتيجة الضارة. [١] ومن أمثله ذلك: ترك أشياء في جوف المريض بعد العملية، ومن ذلك عدم العناية اللازمة أثناء الفحص، فيغفل الطبيب بعض جوانب الفحص التي تكون مؤثرة فيما لو انتبه لها.

ومن ذلك أيضًا إعطاء المريض حقنة غير الحقنة التي كان من المفترض أن يعطاها، وكذلك الشأن في إعطاء جرعة زائدة عن الحد المسموح به.

الرابعة: عدم مراعاة الأنظمة واللوائح والقرارات

ومن ذلك عدم الالتزام بالأنظمة والقوانين التي تنظم الممارسة المهنية في البلد الذي يعمل به، أو المؤسسة الصحية التي يعمل بها. [٢]

وتعد مخالفة القوانين والأنظمة واللوائح خطأ مستقلاً بذاته، وإن لم يحصل خطأ أو ضرر، ويعاقب عليه الجاني. [٣]

---

(١) الغامدي: مرجع سابق، ص ١٣٦ - ١٣٨، الصقير، قيس: مرجع سابق، ص١٤٠ - ١٥٢.
(٢) الغامدي: المرجع السابق، ص ١٣٨، الصقير: المرجع السابق، ص ١٥٣.
(٣) الغامدي: المرجع السابق، ص ١٣٩.

المراحل التي يحدث فيها الخطأ الطبي

أولًا: مرحلة التشخيص

يمكن أن يقع الخطأ الطبي في هذه المرحلة؛ نتيجة الإهمال وعدم الانتباه في أثناء فحص المريض فحصًا سريريًا، أو عدم الانتباه لنتائج الفحوص المخبرية والشعاعية وغيرها.

وقد يكون السبب التباس التشخيص بناء على المعطيات التي توصل إليها الطبيب، أو لعدم قدرته على التشخيص بكفاءة نظراً لنقص خبرته، أو لعدم توفر الإمكانات الكافية للوصول إلى التشخيص الدقيق. وكل حالة من هذه الحالات تؤخذ حسب معطياتها وظروفها.

ومن هنا نؤيد ما ذكره الدكتور البار والدكتور الباشا، فقد ورد في كتابهما: " فالطبيب لا يسأل عن الأخطاء التي تقع في التشخيص إلا إذا كانت جسيمة، أو تنطوي على جهل مطبق بالعلوم الطبية، أو غلط غير مغتفر، أو لعدم استعماله الوسائل الحديثة التي اتفق على أستعمالها. "(١)

ونضيف هنا شريطة أن تتوفر له هذه الوسائل في الوقت المناسب.

ثانيًا: مرحلة وصف العلاج ومباشرته

المطلوب من الطبيب في هذه المرحلة أن يبذل أقصى قدر من العناية اليقظة،

---

(١) البار: وشمسي باشا، مرجع سابق، ص ٩٦.

بأن يصف للمريض العلاج الأنسب والأنجع لحالته المرضية. وليس مطلوباً منه تحقيق الشفاء (الغاية) نظراً لاختلاف الحالات وإختلاف استجابة المرضى للعلاج. فطالما أن الطبيب لم يخالف الأصول العلمية للعلاج فلا مسؤولية عليه، كما عليه أن يلتزم أقصى درجات الحيطة والحذر، مثل إجراء بعض الفحوص المخبرية أو الإشعاعية التي تلزم قبل إعطاء العلاج أو مباشرته، فيعد الطبيب مسؤولاً عن ذلك بلا شك. [١]

ثالثًا: العمليات الجراحية

تتطلب العمليات الجراحية أخذ الاحتياطات اللازمة قبل العمليات وفي أثنائها وبعدها، ويشمل ذلك:

أ/ الفحص الطبي الجراحي، بما يحقق التشخيص الجراحي السليم.

ب/ الفحوص المخبرية والإشعاعية التي تساعد في التأكد من التشخيص.

ج/ إعداد المريض للجراحة؛ ويشمل ذلك عرضه على أخصائي التخدير لتحديد ما إذا كان بالإمكان تخدير المريض، وتحديد نوعية التخدير المناسب.

د/ في أثناء العملية؛ ويتحمل الجراح العبء الأكبر في هذه المرحلة، إذ هو المسؤول الأول والمباشر، وعليه أن يلتزم بالقواعد المعتبرة عند أهل الاختصاص في أثناء قيامه بالعمل الجراحي.

---

(١) الغامدي: مرجع سابق، ص ٢٤٨، البار، وشمسي باشا: مرجع سابق، ص ٩٦.



" فإذا أخل بهذا الواجب، وخرج عن الأصول والقواعد المتبعة عند أهل الاختصاص والمعرفة، بدرجة ينتفي فيه عذره شرعاً، فإنه يتحمل المسؤوليه كاملة". [1]

رابعاً: المراقبة بعد مباشرة العلاج والعمليات الجراحية

فلاتقتصر مسؤولية الطبيب على مباشرة العلاج وإجراء العمل الجراحي، بل تمتد إلى ما بعده من وسائل المراقبة والمتابعة لحالة المريض، وهنا أيضًا لابد من اتباع الأصول العلمية المعروفة لدى أهل الاختصاص، وأي تقصير فيها أو إهمال تجعل الطبيب محلاً للمساءلة؛ خاصة إذا تضرر المريض من هذا لإهمال.

الآثار المترتبة على موجبات المسؤولية الطبية

أولًا: الضمان والتعويض

يضمن الطبيب الضرر أو التلف الناشئ عن فعله في أثناء قيامه بالعمل الطبي. ومن ذلك الدية وما دونها من التعويضات.

ثانيًا: التعزير

وهو عقوبة غير مقدرة، يكون مرتبطًا بالمسؤولية الجنائية، مثل أن يخالف أصول المهنة أو أن يمارس الغش او التدليس، أو ما يشاكلها.

---

(١) الشنقيطي: مرجع سابق، ص ٤٧٩.

ثالثًا: القصاص

ويكون في حالات العمد أو العدوان.

إثبات موجبات المسؤولية

عند قيام الدعوى على الطبيب بالتسبب بضرر للمريض لابد من إثبات هذه الدعوى، فهذا هو مقتضي الشرع والقضاء.

يقول الله تعالى: ﴿ قُلْ هَاتُوا۟ بُرْهَـٰنَكُمْ إِن كُنتُمْ صَـٰدِقِينَ ﴾ (البقرة:١١١).

وفي الحديث الصحيح «**ولكن البينة على المدعي واليمين على من أنكر**». [(١)]

فدل ذلك على وجوب الإثبات قبل الإدانة، ولم تحكم الشريعة الغراء بقبول دعوى المرضى على إطلاقها، كما أنها لم تحكم برد دعوى المرضى ضد الأطباء على وجه الإطلاق دون دليل. [(٢)]

فالمرضى وذووهم مطالبون بإقامة الدليل على دعواهم. ويرى الدكتور قيس مبارك بعد بحث هذه المسألة أن القول قول الطبيب عند النزاع، حتى لا يجعل الطبيب محلاً للتهمة، مما يجعل الأطباء يحجمون عن المعالجة خوفاً من دعاوي المرضى وذويهم [(٣)].

---

(١) البدر المنير. الصفحة أو الرقم: 9/450 :خلاصة حكم المحدث: صحيح، وأصله في الصحيحين. الدرر السنية. https://cutt.us/xSjPV

(٢) الشنقيطي، محمد المختار: مرجع سابق، ص ٤٥٨ – ٤٥٩.

(٣) انظر: آل الشيخ مبارك: مرجع سابق، ص ٢٨٧.

وفي هذا القول- على إطلاقه- نظر، فالطبيب مثل غيره معرض للخطأ والتقصير.

وسائل الإثبات

يمكن إجمال وسائل إثبات موجبات المسؤولية على الأطباء بما يأتي:

١- الإقرار

وهو أقوى وسائل الإثبات، لأنه اعتراف من الجاني على نفسه، ويندر أن يعترف بشيء يضربه إلا أن يكون صادقاً، فالإقرار حجة كاملة بذاتها.

٢- الشهادة

وتأتي مشروعيتها من قول الله تعالى: ﴿ وَٱسۡتَشۡهِدُواْ شَهِيدَيۡنِ مِن رِّجَالِكُمۡۖ فَإِن لَّمۡ يَكُونَا رَجُلَيۡنِ فَرَجُلٞ وَٱمۡرَأَتَانِ مِمَّن تَرۡضَوۡنَ مِنَ ٱلشُّهَدَآءِ ﴾ الآية[البقرة:٢٨٢].

وقوله تعالى: ﴿ وَلَا تَكۡتُمُواْ ٱلشَّهَٰدَةَۚ وَمَن يَكۡتُمۡهَا فَإِنَّهُۥٓ ءَاثِمٞ قَلۡبُهُۥۗ وَٱللَّهُ بِمَا تَعۡمَلُونَ عَلِيمٞ ﴾ [البقرة:٢٨٣].

وقوله ﷺ: «في الحديث الصحيح «**شاهداك أو يمينه ليس لك إلا ذلك**».[١]

وتكون الشهادة برجلين عدلين إذا ترتب على الحكم قصاص أو تعزير، أما الحقوق الماليه كالضمان فيقبل فيه النسوة منفردات، ومجتمعات مع الرجال.

---

(١) اخرجه البخاري في صحيحه (٣٨٥٢/٩٧) برقم ٧٠٤٧، ومسلم في صحيحه (٥٩/٨) برقم ٢٣٠. جامع السنة وشروحها. https://cutt.us/hyWe2

وتقبل شهادة الشهود ما لم يكونوا في أنفسهم محل التهمة لإثبات دفعها عن أنفسهم.

وإذا اتفقت شهادة الشهود فلا إشكال في اعتبارها، أما إذا اختلفت فعلى القاضي أن يراعي أمورًا أخرى تتعلق بالشهادة لابد من أعتبارها.[1]

٣- المستندات المكتوبه

وهي ما يتم تدوينه في ملفات المرضى من أمور تتعلق بالمريض وبالإجراءات الطبية التي تمت له، كما تشمل نتائج الفحوص بأنواعها.

وتعتبر حجه لأن ما يدون فيها يقصد الرجوع إليه عند الحاجة، قبل متابعة المريض لاحقًا، وعند تحويله إلى مؤسسات صحية أخرى وغيرها، فهي بهذا تعتبر حجة، ما لم يتم التلاعب بمضمونها، أو تزويرها، أو إخفائها.[2]

٤- شهادة أهل الخبرة

من المسلم به أن معرفة الأمراض والعلل وتشخيصها ومعالجتها لا يعرفه على حقيقته إلا أصحاب الخبرة من الأطباء.

وقد اشترط الفقهاء الخبرة في الشهادة على ما لا يتبينه إلا الخبير، كما أن القول باعتبار شهادة أهل الخبرة محل اتفاق بين الفقهاء.[3]

---

(١) انظر الشنقيطي: مرجع سابق، ص٤٦١ - ٤٦٤.
(٢) الشنقيطي: مرجع سابق، ص ٤٦٤.
(٣) آل الشيخ مبارك: مرجع سابق، ص ٢٩٤.

ومع تعدد التخصصات الطبية وتشعبها يصبح من اللازم استشارة أهل الخبرة في الأمور الفنية الدقيقة التي لا يمكن أن يعرفها إلا أصحاب الاختصاص، ويكفي في شهادة الخبرة قول خبير واحد لانتفاء التهمة في حقه، شريطة أن يكون عدلاً؛ إلا أن لا يوجد غير العدل؛ فيقبل شهادته. (١)

وقد يلجأ القاضي الى شهادة أكثر من خبير عند التباس الأمر، وصعوبة البت في القضية. ولا إشكال - في الجملة - في قبول شهادة الخبراء إذا اتفقوا على تحديد القضية قيد البحث. وإذا اختلفت شهادتهم فلا يخلو الأمر من أحد احتمالين:

الاحتمال الأول:

أن يتساوى عدد الشهود؛ كأن يكون اثنان في جانب الطبيب، واثنان في جانب المريض، ففي هذه الحالة تلغى شهادة الخبير.

الاحتمال الثاني:

أن ترجح كفة أحد الجانبين على الأخرى، ففي هذه الحالة يؤخذ بالكفة الراجحة

أما إذا اضطربت أقوالهم فقد يكون ذلك سببًا في إسقاط شهادتهم. (٢)

---

(١) الغامدي: مرجع سابق، ص ٢٨١، آل الشيخ مبارك، ص ٢٩٧.
(٢) آل الشيخ مبارك: مرجع سابق، ص ٣٠٢.

مسؤولية الفريق الطبي

لم يعد بمقدور الطبيب في العصر الحاضر أن يقوم بمفرده بالعمل الطبي، فالمعروف أن يشترك مع الطبيب أطباء آخرون من تخصصات مختلفة أو غير الأطباء من الفنيين والتمريض وغيرهم.

وقد يتبين أن الخطأ الطبي يحمل صفة الخطأ الجماعي سواء بالمباشرة أو التسبب.

والأصل في الشريعة الإسلامية أن المسؤولية تقوم على المباشر وليس المتسبب، فالقاعدة الشرعية تقول: " إذا أجتمع السبب أو الغرور والمباشر قدمت المباشرة."[١]

فالطبيب لا يسأل عن فعل غيره من مساعديه في مراحل العمل الطبي أو الجراحي، إلا إذا صدر منه خطأ أو إهمال وتقصير، أو إذا استعان بمن يعلم أنهم غير أكفاء لمساعدته في العمل الطبي أو الجراحي، أو أخطأ هو في توجيههم والرقابة عليهم.[٢]

وقد نص على ذلك قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم (١٤٢)، حيث جاء فيه:

---

(١) الشنقيطي: مرجع سابق، ص ٤٧٢.

(٢) انظر الشنقيطي: مرجع سابق، ص ٤٦٦ - ٤٧٨، والبار، وشمسي باشا: مرجع سابق، ص ١٠٢ - ١٠٤، والجبير، هاني: مرجع سابق، ص ٤٣٩٥.

" إذا قام بالعمل الطبي الواحد فريق طبي متكامل، فيُسأل كل واحد منهم عن خطئه تطبيقاً للقاعدة: " إذا اجتمعت مباشرة الضرر مع التسبب فيه؛ فالمسؤول هو المباشر، ما لم يكن المتسبب أولى بالمسؤولية منه ". ويكون رئيس الفريق مسؤولاً مسؤولية تضامنية عن فعل معاونيه إذا أخطأ في توجيههم أو قصر في الرقابة عليهم.[١]

مسؤولية المؤسسات الصحية (المستشفيات والمرافق الطبية)

الأصل في مسؤولية المؤسسات الصحية عن العاملين فيها حديث الرسول ﷺ: «**كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته**».[٢]

ويدل الحديث على أن المسؤولية في الشريعة الإسلامية لا تختصر في ولاة الأمر، وإنما هي عامة لكل من ولي أمراً. وتنشأ من ولاية الإنسان على الشيء وقيامه على مصالحه، والنظر فيها.

قال الإمام النووي في شرح الحديث: "قال العلماء: الراعي هو الحافظ المؤتمن الملتزم صلاح ما قام عليه، وما هو تحت نظره، ففيه أن كل من كان تحت نظره فهو مطالب بالعدل فيه والقيام بمصالحه في دينه ودنياه ومتعلقاته. [٣]

فالمؤسسات الحكومية تدخل تحت مفهوم الرعاية دون شك، فهي مسؤولة عن جميع من يعملون فيها، وهي من قبل المسؤولية السببية وليست المباشرة.

---

(١) موقع مجمع الفقه الإسلامي الدولي.https://www.iifa-aifi.org/ar/2162.html

(٢) اخرجه البخاري (٢٥٥٤)، ومسلم(1829) . الدرر السنية.
https://www.dorar.net/hadith/sharh/66037

(٣) الشنقيطي: مرجع سابق، ص ٤٨٥.

ويتأكد هذا عندما توظف المؤسسة الصحية عاملين غير أكفاء فينتج من عملهم أخطاء وأضرار على المرضى.[1]

انتفاء المسؤولية

الأصل في عمل الطبيب أنه فرض كفاية، إلا إذا لم يوجد من يقوم بالتطبيب غيره، فيصبح حينئذ فرض عين واجب على الطبيب القيام به، ولا يجوز له التخلي عنه. والأصل في قيام المسؤولية على الطبيب ثبوت تعديه، أو مخالفة الأصول المهنية أو قيامه بالعمل الطبي دون إذن.

وشروط انتفاء المسؤولية عن الطبيب وإسقاطها، هي:

١ - معرفة الطبيب واتباعه للأصول العمليه والفنية.

٢- إذن ولي الأمر.

٣- إذن المريض.

٤- عدم التعدي.

فإذا كان الطبيب مؤهلاً تأهيلاً علمياً وعملياً للممارسة الطبية، وحاصلاً على الإذن من ولي الأمر بممارسة المهنة -أي بتعبيرنا العصري الترخيص الذي بموجبه يمكن للطبيب أن يمارس المهنة في البلد الذي يعمل فيه -، وإذا أذن له المريض بإيقاع العلاج عليه وهو بكامل أهليته ورضاه، وإذا لم يتعد، بحيث لم

---

(١) ينظر أيضاً: البار وشمسي باشا: مرجع سابق، ص ١٠٤- ١٠٧.

يحصل منه إهمال أو تفريط أو خطأ في أثناء قيامه بالعمل الطبي، ففي هذه الحالة يصبح الطبيب معفياً من المساءلة عما نتج من العمل الطبي، حتى مع وجود ضرر على المريض. قال الإمام ابن المنذر ـ رحمه الله تعالى ـ : " وأجمعوا أن الطبيب إذا لم يتعد لم يضمن". وقد ذكر ذلك ابن القيم ـ رحمه الله ـ أيضاً. (١)

المسؤولية الطبية في نظام مزاولة المهن الصحية بالمملكة العربية السعودية:

صدر أول نظام لمزاولة مهنة الطب في عام ١٤٠٩هـ تحت مسمى " نظام مزاولة الطب البشري وطب الأسنان".

وتم تحديث هذا النظام وغير مسماه ليصبح "نظام مزاولة المهن الصحية"، حيث شمل جميع الممارسين الصحيين في عام ١٤٢٦هـ. (٢)

وسنتحدث في هذا الفصل عن الجانب المتعلق بمسؤولية الممارسين الصحيين في هذا النظام.

قسم النظام المسؤولية إلى ثلاثة فروع، هي: **المدينة، والجزائية، والتأديبية**، وعالج كل واحدة منها بمواد خاصة بها، دون تعريفها.

فتحت الفصل الثالث الذي حمل عنوانه:"المسؤولية المهنيه ذكرت هذه الفروع".

---

(١) آل الشيخ مبارك: مرجع سابق، ص ٢٧٤. وينظر: الغامدي: مرجع سابق، ص ٣٤١-٣٥٤.

(٢) نظام مزاولة المهن الصحية بالمملكة العربية السعودية. موقع هيئة الخبراء.
https://laws.boe.gov.sa/BoeLaws/Laws/LawDetails/f1de206c-eef4-4a76-904a-a9a700f2899a/2

الفرع الأول: المسؤولية المدنية

حددت معالم هذه المسؤولية في مادتين هما المادة السادسة والعشرون والسابعة والعشرون، حيث اختصت المادة السادسة والعشرون بوصف طبيعة التزام الممارس الصحي كالآتي:

"التزام عناية يقظة تتفق مع الأصول العلمية المتعارف عليها".

ومعنى ذلك أن النظام يلزم الممارس الصحي ببذل عناية بصرف النظر عن النتيجة، بشرط أن يكون ملتزماً بأصول ممارسة المهنة، ولم يحصل منه تفريط أو إهمال أو تقصير وهو ماعبر عنه

"العناية اليقظه"، وفي هذا يتفق النظام مع أحكام الشريعة الإسلامية وحتى القوانين الآخرى: (١)

أما المادة السابعة والعشرون فقد حددت الخطأ الطبي وسمته الخطأ المهني الصحي الذي يلزم بسببه الممارس الصحي بالتعويض.

" كل خطأ مهني صحي صدر من الممارس الصحي، وترتب عليه ضرر للمريض يلتزم من ارتكبه بالتعويض "

وترك تحديد مقدار هذا التعويض للهيئة الصحية الشرعية.

ثم أوردت المادة صوراً للخطأ المهني الصحي (الطبي)، وقد وردت على سبيل المثال:

---

(١) الغامدي: مرجع سابق، ص ٢٤١.

١. الخطأ في العلاج، أو نقص المتابعة.

٢. الجهل بأمور فنية يفترض فيمن كان في مثل تخصصه الإلمام بها.

٣. إجراء العمليات الجراحية التجريبية وغير المسبوقة على الإنسان بالمخالفة للقواعد المنظمة لذلك.

٤. إجراء التجارب، أو البحوث العلمية غير المعتمدة، على المريض.

٥. إعطاء دواء للمريض على سبيل الاختبار.

وبالنظر إلى إجراء التجارب أو البحوث العلمية غير المعتمدة على المريض فهي تستوجب المسؤولية المدينة والجنائية (الجزائية) معاً لما تنطوي عليه من أخطار، ومن تعريض للأنفس والأجساد لأخطاء وأضرار، وقد ترقى الى مستوى الجريمة العمدية.[١]

الفرع الثاني: المسؤولية الجزائية (الجنائية)

تم تحديد معالم هذه المسؤولية في المواد (٢٨)، (٢٩)، (٣٠) من النظام فقد حددت المادة الثلاثون نوع العقوبة الجزائية، وهي السجن مدة لا تتجاوز ستة أشهر، وبغرامة لا تزيد عن مئة ألف ريال، أو بإحداهما كل من أرتكب الجرائم الآتيه:

١. زاول المهن الصحية دون ترخيص.

٢. قدم بيانات غير مطابقة للحقيقة، أو استعمل طرقاً غير

---

(١) الغامدي: مرجع سابق، ص ٢٤٥.

مشـــروعة كان مــن نتيجتهــا منحــه ترخيصــًا بمزاولــة المهـــن الصحيـــة.

٣. استعمل وسيلة مــن وسائل الدعاية، يكون مــن شأنها حمل الجمهور علــى الاعتقاد بأحقيته فـــي مزاولة المهن الصحية خلافـًا للحقيقة.

٤. انتحل لنفسه لقبًا من الألقاب التي تطلق عادة على مزاولي المهن الصحية.

٥. وجـدت لديه آلات أو معـدات مما يسـتعمل عـادة فـي مزاولـة المهـن الصحية، دون أن يكـون مرخصًا له بمزاولة تلك المهن، أو دون أن يتوفر لديه سبب مشروع لحيازتها.

٦. امتنع عن علاج مريض دون سبب مقبول.

٧. من خالف بعض مواد النظام المنصوص عليها.

وفي الفقرة السابعة من المادة، حددت مجموعة من مواد النظام الأخرى التي توجب مخالفتها العقوبات الجزائية المقررة في المادة الثامنه والعشرين، ومنها:

١- ممارسة طرق التشخيص والعلاج غير المعترف بها علمياً، أو المحظورة في المملكة (المادة السابعة، فقرة ب).

٢- مجاوزة الاختصاص (المادة السابعة، فقرة ب).

٣- استخدام غير المرخص لهم من ذوي المهن الصحية، أو تقديم المساعدة لهم (المادة الرابعة عشرة، رقم ١).

٤- تسهيل حصول المريض على أي ميزة أو فائدة مادية أو معنوية، غير مستحقة وغير مشروعة (المادة الرابعه عشرة، رقم ٤).

٥- عدم أخذ إذن المريض وموافقته على إجراء العمل الطبي (المادة التاسعة عشرة).

٦- القيام بإجهاض امرأة حامل دون ضررة لإنقاذ حياتها (المادة الثانية والعشرون).

٧- الكيد لزميل أو الانتقاص من مكانته العلمية والأدبية وغيرها (المادة الرابعة والعشرون).

٨- ارتكاب خطأ مهني (المادة السابعة والعشرون).

ومع أن هذه العقوبات مؤثرة في ردع الممارسين الصحيين، إلا أن بعض الباحثين قد استدرك على أن آليات تنفيذ العقوبات غير واضحة المعالم، وكذلك آليات عمل اللجان المنوط بها تثبيت هذه العقوبات. [1]

الفرع الثالث: المسؤولية التأديبية

تتعلق المسؤولية التأديبية بسلوك الطبيب تجاه مهنته وأصولها، وبواجباته التي أقرها النظام، وتم النص على عقوبات محددة تتعلق بهذه المسؤولية.

وقد عالجت المادة الحادية والثلاثون هذه المسؤوليه بالنص الآتي:

---

(١) العتيبي، صالح مشعل: الأخطاء الطبيه وتقدير التعويض عنها في النظام السعودي، ص ٣٠.

المادة الحادية والثلاثون: مع عدم الإخلال بأحكام المسؤولية الجزائية أو المدنية، يكون الممارس الصحي محلاً للمساءلة التأديبية، إذا أخل بأحد واجباته المنصوص عليها في هذا النظام، أو خالف أصول مهنته، أو كان في تصرفه ما يعد خروجاً على مقتضيات مهنته وآدابها، ونصت المادة الثانية والثلاثون على العقوبات المترتبة على ذلك، وهي:

١- الإنذار.

٢- غرامة مالية لا تتجاوز عشرة الآف ريال.

٣- إلغاء الترخيص بمزاولة المهن الصحية، وشطب الاسم من سجل المرخص لهم، وفي حالة سحب الترخيص لا يجوز التقدم بطلب ترخيص جديد إلا بعد انقضاء سنتين على الأقل من تاريخ صدور قرار الإلغاء.

وقد تجتمع في حق الممارس الصحي المسؤليات الثلاث مجتمعة في حال إخلاله بواجباته (مسؤولية تأديبية)، وارتكابه ما يوجب التعويض (مسؤولية مدنية)، وارتكابه لإحدى الجرائم المنصوص عليها في المادة الثامنه والعشرين (مسؤولية جزائيه).

الدعاوي ضد الممارسين الصحيين:

في الفصل الرابع من نظام مزاولة المهنة الصحية بالمملكة، حددت المادة

الثالثة والثلاثون تكوين الهيئة الصحية الشرعية، وهي هيئة قضائية تنظر في أمور محددة تتعلق بالأخطاء الطبية، ويرأس هذه اللجنة قاض لا تقل درجته عن قاض (أ) يعينه وزير العدل، ومن أعضائها:

- مستشار نظامي.
- عضو هيئة تدريس من إحدى كليات الطب يعينه وزير التعليم العالي.
- طبيبان من ذوي الخبرة والكفايه يختارهما (وزير الصحة).
- صيدلي من ذوي الخبرة يختاره الوزير أيضاً.
- أعضاء احتياطيون.
- أمين سر للهيئه يعينه الوزير.

مع جواز الاستعانه بخبير أو أكثر في موضوع القضية المعروضة. وقد حددت اللائحة التنفيدية مدة العضويه بثلاث سنوات قابلة للتجديد.

وقد حددت المادة الرابعه والثلاثون اختصاصات هذه الهيئه بما يأتي:

١- النظر في الأخطاء المهنية الصحية التي ترفع بها المطالبة بالحق الخاص (دية، أو تعويض، أو أرش).[1]

٢- النظر في الأخطاء المهنية الصحية التي ينتج عنها وفاة، أوتلف عضو من أعضاء الجسم، أو فقد منفعته، حتى ولو لم يكن هناك دعوى بالحق الخاص.

---

(١) الأرش: هوالمال الواجب في الجناية على ما دون النّفس، وقد يطلق على بدل النّفس، وهو الدّية. (الموسوعة الفقهية الكويتية). http://islamport.com/w/fqh/Web/3441/6019.htm

وقد حددت المادة الخامسة والثلاثون مع لائحتها التنفيذية جميع الإجراءات الخاصة بهذه الهيئة.

إجراءات التقاضي أمام الهيئة الصحية الشرعية

يقوم المدعي بإيصال دعواه إلى الهيئة، وتجتمع الهيئة للقيام بالإجراءات الآتية:

- السماع لأقوال المدعي والمدعى عليه.
- توثيق كل إجراءات التقاضي.
- الاستماع لأقوال الشهود إن وجدوا.
- الاطلاع على الملفات المتعلقة بالمريض أو المتوفَّى، وقد تلجأ الهيئه إلى استشارة خبير في مجال معين.
- تصدر الهيئة قرارها بالإدانة أو عدمها بالأغلبية على أن يكون القاضي ضمن هذه الأغلبية.
- تتخذ الهيئة قرارات أخرى مثل منع المدعى عليه من السفر، وغيرها.
- يجوز للمدعي أن يرفع تظلماً أمام ديوان المظالم خلال ستين يوماً من تاريخ إبلاغه بقرار الهيئة (كما ورد في المادة الخامسة والثلاثين)

النظر في دعاوي الحق العام

تنظر الهيئة الصحية الشرعية في قضايا الحق العام من خلال الادعاء العام، وهم موظفون يحددهم وزير الصحة، ويتم البت فيها حسب النظام، وينظر في

القضايا الحادثة شريطة ألا يكون قد مضى عليها سنه من تاريخ العلم بالخطأ المهني الصحي (المادة السابعة والثلاثون).

لجان المخالفات المهنيه الصحية

تختص هذه اللجان بالنظر في المخالفات الناشئة عن تطبيق النظام ما عدا تلك التي تختص بها الهيئات الصحية الشرعية (**المادة الثامنه والثلاثون**).

وتشكل هذه اللجان بقرار من الوزير المختص (كل وزير تتبعه خدمات صحية) على أن يكون بها مختصون بالأنظمة والمهن الصحية، وتعتمد قراراتها من الوزير المختص، كما يجوز التظلم من قرارات هذه اللجان أمام ديوان المظالم خلال ستين يوماً من تاريخ الإبلاغ. وقد حددت اللائحة التنفيذيه إجراءات عمل هذه اللجان.

التأمين ضد الأخطاء المهنيه الصحية

ألزم النظام الأطباء وأطباء الأسنان بالاشتراك في التأمين التعاوني ضد الأخطاء المهنية الصحية، على أن تضمن المؤسسات الصحية (العامة والخاصة) سداد التعويضات التي يصدر بها حكم على تابعيها.

على أن تقع مسؤولية هذا السداد على المؤسسة الصحية التي وقع فيها الخطأ الطبي. (المادة الحادية والأربعون)، وقد حددت اللائحة التنفيذيه إجراءات التأمين.

كما اعتبر الاشتراك في التأمين شرطاً للحصول على ترخيص مزاولة المهنة، او تجديد الترخيص.

العمليات الجراحية التجميلية:

تنقسم العمليات الجراحية إلى نوعين رئيسيين

أ/ العمليات الترميمية: ويقصد بها العمليات التي تصلح خللاً أو تشوهًا خلقيًا او حادثًا: كالتشوهات الخَلقيه أو الإصابات الناتجة عن الحوادث والحروق.

ب/ العمليات التجميلة التحسينيه: ويقصد بها العمليات التي تعنى بتحسين الشكل والقوام دون أن يكون لها قصد علاجي.

أما العمليات الترميمية: فطبيعة التزام الجراح فيها بذل عناية يقظة تتماشى مع الأصول العلمية والعملية، ولا يشترط فيها تحقق غاية الشفاء، ولا يكون الطبيب مسؤولاً إلا إذا خالف الأصول العلمية أو أخطأ في أثناء العمل الجراحي.

أما العمليات التحسينية: فقد اختلف شراح القانون حول طبيعة الالتزام فيها: هل هي بذل عناية أم تحقيق نتيجة أو غاية. [١]

فيرى بعضهم أن العمليات الجراحية التجميلية التحسينية مثلها مثل العمليات الجراحية الأخرى لا يشترط فيها تحقيق نتيجة. [٢]

بينما يرى آخرون أن المريض جاء لطبيب جراحة التجميل من أجل تحقيق نتيجة، وهي تحسين الشكل أو القوام، ومن هنا ألزموا الطبيب تحقيق الغاية التي

---

(١) خيال، وجيه محمد: مرجع سابق، ص١٣٧.
(٢) البارو شمسي باشا: مرجع سابق، ص ١٢٢.

أرادها المريض، وجرى العقد بينهما على أساسها. [١]

وعلى الأقل فإن هناك من يلزم جراح التجميل أن يحيط المريض بكافة المخاطر الناتجة عن هذا النوع من الجراحة، حتى لو كانت نادرة. [٢]

ولم يتطرق نظام مزاولة المهن الصحية لهذا النوع من العمليات، وهو من جوانب النقص في هذا النظام.

❋❋❋

---

(١) خيال، وجيه: مرجع سابق، ص ١٤٠.

(٢) العتيبي، صالح مشعل: مرجع سابق، ص نقلًا عن، منذر الفضل، المسؤولية الطبية في الجراحة التجميلية، وينظر: صبرينة، منار. الالتزام بالتبصير في الجراحة التجميلية (رسالة ماجستير)، ص ١٠٠.
https://bu.umc.edu.dz/theses/droit/AMEN4254.pdf
وبومدين، ساميه. الجراحة التجميلية والمسؤولية المدنيه المترتبة عليها (رسالة ماجستير)، ص ١١٥.
https://2u.pw/AEbs9

الفصل الثامن عشر:

حقوق الممارسين الصحيين

حقوق الممارسين الصحيين

تمهيد

تفيض كتب أخلاقيات الطب، وممارسة المهن الصحية بالحديث عن حقوق المرضى، وواجبات الممارسين الصحيين، ولا تكاد تذكر أي شيء عن حقوق هؤلاء الممارسين. وقد يكون السبب أن المرضى هم الحلقة الأضعف في العلاقة الطبية، وقد يظن كثيرون، حقيقة أو وهماً أن الأطباء والممارسين الصحيين يحصلون على حقوقهم دون مشقة أو عناء.

والواقع أن الأطباء والممارسين الصحيين الآخرين، يمارسون مهنة شريفة، وهي مهنة الطبابة التي قال عنها الإمام الشافعي رحمه الله " لا أعلم بعد علم الحلال والحرام، أنبل من الطب".

ومن هنا تبوؤوا هذه المنزلة العظيمة في مجتمعاتهم، وحظوا باحترام الصغير والكبير، ولا خلاف على ذلك.

إلا أن الواقع يشهد أيضاً أن الأطباء والممارسين الصحيين الآخرين قد يتعرضون لبعض أنواع الأذى أو التقصير في أداء حقوقهم وحمايتها وحفظها.

ومن هنا كان الحديث في هذا الفصل عن هذه الحقوق.

أولًا: الحقوق العامة

يشترك الأطباء والممارسون الصحيون مع باقي أفراد المجتمع في حقوق عامة، وهي:

١- حق الإنسانية والتكريم الإنساني الذي يستحقه كل إنسان.

٢- حق الحياة؛ وهو حق مكفول للإنسان في جميع الشرائع والأنظمة.

٣- حق العيش الكريم؛ فكل إنسان له الحق في أن يعيش حياة كريمة آمنة يمارس فيها أنشطته بطريقة طبيعية مثله مثل بقية الناس، كما يكفل له فيها ما يحقق هذا العيش الكريم من متطلبات الحياة بشتى أنواعها.

٤- حق الحرية؛ وهو حق مكفول أيضاً في جميع الشرائع والأنظمة، وهكذا يجب أن يكون.

٥- حق الأمن؛ فمن حقوق الإنسان أن ينعم بالأمن حيث يعيش، فلا يخشى أن يخترق خصوصياته أحد أو أن يكون محلاً للتهديد، أوالابتزاز، أو الضغط.

٦- الحقوق الاجتماعية؛ مثل حق التملك والتنقل بحرية ضمن قيد الشرع والنظام والأعراف الاجتماعية.

٧- الحقوق السياسية؛ مثل باقي أفراد المجتمع للطبيب الحق في الاشتراك في العمل السياسي، إذا كان ذلك مناسباً.

خصوصية الطبيب والممارسين الصحيين

يتبوأ الطبيب والممارسون الصحيون مكانة مرموقة في المجتمع، فرضتها طبيعة هذه المهنة الإنسانية الشريفة. ومازال الناس منذ أن وجد الأطباء يضعونهم في منزلة رفيعة، فهم في موقع اجتماعي مميز، والعمل الذي يقوم به الأطباء

والممارسون الصحيون يحمل في طياته خصوصية متفردة كما يحمل حساسية خاصة. فالتعامل مع الإنسان في ظروف حساسة كالولادة والمرض، ومن ثم الوفاة فإنها تقتضي هذا النوع من الحساسية والتفرد، لا يشاركهم فيها أحد من أصحاب المهن الأخرى.

الحقوق الخاصة:

هناك جملة من الحقوق الخاصة التي ينبغي حمايتها تتعلق بالدرجة الأولى بالأطباء والممارسين الصحيين أيضاً، وهي:

أولًا: الاحترام والتقدير

الطب مهنة شاقه في تعلمها وممارستها، وتتطلب كثيراً من الجهد والتركيز لكي يقوم الطبيب بدوره بشكل أكثر كفاءة. وإذا كنا نوجه الأطباء والممارسين الصحيين لاحترام المرضى وذويهم في كل الأحوال، وأن يتحلوا بالتواضع والرفق والتفاني في تقديم الخدمات لمرضاهم، فإننا في المقابل نطلب من المرضى وذويهم والمجتمع بأسره أن يضع الأطباء في منزلتهم اللائقة بهم، وأن يعترف مجتمعهم بحقهم في الاحترام والتقدير والتوقير.

ثانياً: ضمان الاستقلالية المهنية

يبذل الطبيب جهداً كبيراً للوصول إلى تشخيص الأمراض، ووضع الخطط العلاجية لها، كما أنه يتعامل مع أعداد كبيرة من المرض. ويبني الطبيب قراراته

الطبية على قدر كبير من المعرفة والمهارات، ويتطلب ذلك احترام هذه القرارات وإعطاء الطبيب الحرية كاملة في استقلال قراره الطبي من التدخلات سواء من قبل الممارسين الصحيين الآخرين، دون مسوغ واضح، أو من الإداريين الذين وإن كانوا يديرون المؤسسات الصحية بكفاءة، إلا أنه لا يحق لهم التدخل في قرارات الطبيب، والتعدي على استقلاليته في اتخاذ هذه القرارات.

ولا يعني ذلك أن قرارات الطبيب مقدسة أو معصومة، لا يعتريها النقص أو الزلل، ولكننا نتكلم هنا عن الأصل في قرارات الطبيب، كما لا يعني ذلك أن الطبيب يستأثر برأيه فلا يستشير أحدًا، بل إن من واجبه أن يستشير من تجب استشارته في الوقت المناسب.

ثالثاً: العدالة في الأجور وساعات العمل

صحيح أننا نطالب الأطباء والممارسين الصحيين بأن يتحلوا بخُلُق الإيثار والصبر والتحمل، لكن ذلك لا يعني أنهم لا يستحقون أجورًا مجزية لقاء قيامهم بالمهام المنوطة بهم.

فمن حق الأطباء والممارسين الصحيين أن يعاملوا بعدالة عند تحديد أجورهم، ولا يجوز استغلاهم أو الضغط عليهم خاصة في القطاع الخاص – للقبول بأجور متدنية لا تتناسب مع خبراتهم ومهاراتهم.

كما ينبغي أن تكون ساعات العمل التي يطلب من الأطباء الالتزام بها مناسبة، وألا يتم الضغط عليهم للعمل ساعات طويلة لا تتناسب مع وضعهم

وموقعهم. فالمعروف أن بعض المؤسسات الصحية قد تطلب منهم العمل لساعات طويلة لنقص الكوادر الطبية، أو لعدم استعداد هذه المؤسسات أن توظف أعدادًا أكثر لسد النقص في العمل.

وعندما يطلب من الأطباء العمل ساعات أطول، فلهم الحق في أجور إضافية لابد من دفعها لهم نظير عملهم هذه الساعات، وهو ما يعرف بـ ((العمل الإضافي)). ولا يجوز غمطهم حقهم هذا أو التقصير فيه، تعويلًا على أنهم لابد أن يتفانوا في عملهم، وأن يتصفوا بالإيثار.

رابعاً: ضمان البيئة المناسبة للعمل

من حق الطبيب والممارسين الصحيين أن تهيأ لهم الأماكن والإمكانات والبيئات المناسبة لأداء أعمالهم ويشمل ذلك:

أ- توفير الحماية لهم، بحيث لا يكونون عرضة للأذى من المرضى أو ذويهم، وخاصة في أقسام الطوارئ التي يتعرض فيها العاملون الصحيون للأذى والإضرار كثيراً.

ب- الحماية من الأضرار المهنية: فقد يتعرض بعض الممارسين الصحيين للإصابة بالأمراض المعدية، وكذلك العاملون الذين يتعرضون للمواد المشعة وغيرهم. ومن هنا لابد من وضع الضوابط والتشريعات التي تحميهم من هذه الأضرار والالتزام بتطبيقها. ومن ذلك توفير وسائل الحماية الشخصية في أثناء تفشي الأمراض المعدية والجوائح، كما حدث في جائحة كورونا التي مازلنا نعيش فصولها.

خامساً: حفظ حق الطبيب في الامتناع عن علاج بعض المرضى

في حالات استثنائية قد يضطر الممارس الصحي للاعتذار عن علاج مريض، لأسباب موضوعية معقولة، ويجب أن يعطى الفرصة للتمتع بهذا الحق شريطة أن لا يضر ذلك بالمريض، كأن لايوجد إلا هذا الممارس لمعاجته. وقد كفل نظام مزاولة المهن الصحية بالمملكة هذا الحق، حيث جاء في المادة السادسة عشرة ما نصه:

"للممارس الصحي - في غير الحالات الخطرة أو العاجلة - أن يعتذر عن علاج مريض لأسباب مهنية، أو شخصية مقبولة". (١)

سادساً: توفير التعليم المستمر والتطوير المهني

لا يمكن للطبيب ولا الممارس الصحي أن يصقل مهاراته ويطور معلوماته إلا من خلال مراجع للتعليم المستمر والتطوير المهني. ومن هنا وجب على المؤسسات الصحية أن تفسح المجال لهم للاستمرار في التعلم من خلال إيجاد بيئة تعليمية، ومن خلال توفير الإمكانات للتعلم الذاتي والتعلم الجماعي، وإعطاء الفرصة لحضور المؤتمرات والندوات وحلقات النقاش العلمية. إذ ليس من المقبول أن يلزم الطبيب والممارس الصحي أن يحصل على ساعات تعليمية، دون إفساح المجال له أو دعمه المادي والمعنوي ليكون قادراً على التعلم المستمر والتطور المهني المستمر.

---

(١) نظام مزاولة المهن الصحية بالمملكة العربية السعودية. https://2u.pw/2udOs

سابعاً: حفظ عرضه وسمعته

الطبيب شخصية اجتماعية في مكانة مرموقة ومنزلة عالية، وفي كثير من الأحيان يكون معروفاً للناس من حوله، خاصة في محيط عمله، أو في محيطه الاجتماعي، وبالذات في المجتمعات الصغيرة. فإذا تعرضت سمعته لشيء من التشويه فقد يفقد هذه المنزلة وتلك المكانة، ويحط من كرامته، وهو أمر لا يسوغ كما أنه لا يليق، ويشمل ذلك أمورًا منها:

أ- عدم التجريح أو التشهير أو الابتزاز: لا يليق التجريح والتشهير بأصحاب هذه المهنة الشريفة، ولا تناول أشخاصها بالانتقاص والتجريح، ولا الابتزاز الذي يمارسه بعض الناس لمكانته الاجتماعية وقدرته على الإساءة للطبيب كالإعلاميين، وبعض ذوي السلطة والنفوذ مثلاً.

ب- العدل في تناول القضايا المتعلقة بالأطباء والممارسين الصحيين، والبعد عن المبالغات والتهويل

ت- الموضوعية عند تناول قضايا الأخطاء الطبية.

ث- إعطاء الفرصة للدفاع عن نفسه بالطرق المناسبة.

ثامناً: حق الانتماء للجمعيات العلمية والنقابات المهنية

يجب أن يكفل النظام للأطباء والممارسين الصحيين حق الانتماء إلى الجمعيات العلمية والنقابات (في البلاد التي تسمح بوجودها)، حيث إن هذا

جزء أساسي من مهنة الطبيب والممارس الصحي تجعله أكثر انتماء للمهنة، وأكثر اهتمامًا بشرفها ونبلها.

تاسعاً: حق الحماية والمشاركة الفعالة

إن الانتماء للجمعيات العلمية والنقابات ـ بشكل خاص ـ تقتضي أن تقدم هذه النقابات حماية للطبيب عند تعرضه لأي أذى دون وجه حق، وأن يبرز دورها في الدفاع عن الأطباء والممارسين الصحيين، وأن يمكن من المشاركة الفعالة في أنشطتها.

عاشراً: الحماية من الشكاوى الكيدية ورد الاعتبار

يتعرض الأطباء أحياناً لبعض الشكاوى الكيدية من المرضى أو ذويهم. وعند حدوث ذلك، وحتى بعد التأكد منه، لا يكترث أحد في كثير من الأحيان برد الاعتبار للطبيب ناهيك عما يتعرض له الطبيب عند الشكوى بدعوى خطأ طبي من تشويه سمعته، ثم لا يرد له اعتباره حتى وإن كانت الدعوى ساقطة، أو كانت الشكوى كيدية.

حقوق المتدربين:

يبدأ التدريب بالنسبة للأطباء وبعض التخصصات الصحية مباشرة بعد التخرج خلال سنة الامتياز (السنة الدوارة)، كما يستمر عدد كبير منهم في التدريب في برامج الدراسات العليا مثل الزمالات والدبلومات ...وغيرها.

ولهؤلاء المتدربين حقوق خاصة بهم لابد من حفظها، ويمكن إجمالها فيما يأتي:

١- احترامهم وحفظ كرامتهم والرحمة بهم.

للمتدرب الحق في أن يحترم كيانه وشخصيته مهما كان مستواه في التدريب، وألا يستهان بأي شكل من الأشكال، وألا يتعرض لأي أذى من مدربيه بحجة أنه متدرب، وعليه أن يتحمل ويصبر.

٢- إعطاء الفرصة للتعلم والتدريب.

إن إتاحة الفرصة للمتدرب للتعليم واكتساب المهارات العلمية والعملية يعد من أهم الحقوق التي يجب أن يحصل عليها، وأن تسهل له طرق التعلم والتدريب حسب تخصصه، وأن يتاح له استخدام جميع الإمكانات والوسائل التعلمية والتدريبية المتاحة في المكان الذي يتدرب فيه، بما يضمن جودة التعليم والتدريب.

٣- النقد البناء

للمدرب أن يوجه نقداً للمتدرب لكي يتعلم ويستفيد من أخطائه، لكن هذا النقد يجب أن يكون نقداً بناء بعيداً عن الإهانة، أوالاستهزاء، وأن تكون البيئة التعليمية والتدريبية إيجابية، وأن يتم التعامل مع الأخطاء بحكمة بعيداً عن اللوم غير المناسب، أو التوبيخ المهين.

٤- التقويم العادل

للمتدرب الحق في الحصول على تقويم عادل لتطوره في التدريب، فلا إفراط ولا تفريط، بحيث يحصل على تقويم ليس فيه تحيز معه ولا ضده.

٥- التوزيع العادل للمهام التدريبية.

للمتدرب الحق في أن يتساوى مع زملائه المتدربين فلا يعطى مسؤوليات أو مهامًا أكثر من غيره إلا بمسوغ علمي نظامي.

٦- عدم الضغط أو الإكراه.

يتميز التدريب في المهن الصحية بالتعرض للضغط والحاجة إلى التركيز، خاصة في حالات الطوارئ، ومن المعلوم جيداً أن المتدربين في المجال الصحي وخاصة الأطباء والمرضين والممرضات وبعض الفنيين يتعرضون لضغوط كبيرة في أثناء تأديتهم واجباتهم، وهذا أمر متوقع ومقبول؛ إلا أن هذا لا يعني بحال أن يستغل المدربون وضع المتدربين فيثقلوا عليهم بأعباء إضافية قد تخرج أحياناً عن المسيرة التدريبية، كالضغط عليهم للعمل ساعات أطول، أو تغطية مناوبات أكثر، أو معاينة عدد أكبر من المرضى، فليس هذا من حقهم.

٧- حفظ حقوقهم المعنوية

فعندما يشاركون في أنشطة علمية أو بحثية يجب أن تحفظ حقوقهم، وأن لا يتعرضوا للابتزاز للتنازل عن هذه الحقوق.

٨- حق التدريب الآمن [1]

وذلك بأن لا يكون التدريب عرضة للأذى الجسدي، أو التحرش الجنسي أو اللفظي.

حقوق الطبيب على المرضى:

إضافة إلى ما ذكر من حقوق خاصة تتعلق بالعلاقة المهنية الخاصة بين الطبيب والمريض؛ فمن حق الطبيب على مريضه الأمور الآتية:

أ. معرفة الحقائق

فالمعروف أن الطبيب لا يستطيع أن يصل إلى التشخيص الدقيق للحالة المرضية إلا من خلال التاريخ المرضي، ومن هنا وجب على المريض أن يبين كل الحقائق المتعلقة بمرضه أو شكواه، وألا يخفي شيئاً منها، بحجة أن الطبيب يجب أن لا يعرف، أو خجلًا من ذكر هذه المعلومات، وعليه أن يتجاوب مع أسئلة الطبيب، ويجيب عنها بمصداقية.

ب. اتباع الإرشادات والخطة العلاجية

وهذا حق الطبيب على المريض، إذ لا يمكن أن تكتمل أركان العمل الطبي إلا بها. وإذا رأى المريض عدم الالتزام بهذه التعليمات، والخطة العلاجية فعليه أن يبين ذلك للطبيب، وأن يكونا مستعدين لنقاشها والوصول إلى قرار مشترك مفيد للطرفين.

---

(١) الهيئة السعوديه للتخصصات الصحيه: أخلاقيات الممارس الصحي، ص ٣٤.

ج. احترام وقت الطبيب

على المريض أن يحترم وقت الطبيب، تماماً كما نطالب الأطباء باحترام وقت المرضى، وأن لا يضيعوا الوقت في أمور جانبيه ليست مهمة تضيع وقت الطبيب دون فائدة ترجى.

❊❊❊

الفصل التاسع عشر:

التفكير والتحليل الأخلاقي

التفكير والتحليل الأخلاقي

ما المقصود بإطار التحليل الأخلاقي (Ethical Framework)؟

عند مواجهة موضوع أو قضية ذات أبعاد أخلاقية ليس من السهل دائماً التوصل إلى حل سريع لها في اتجاه معين. ويتطلب هذا – خاصة مع تعقيد الحالات الأخلاقية – النظر إلى هذه الحالات ضمن إطار أو بنية هيكلية معينة، اصطلح على تسميتها إطار أو بنية هيكلية (Framework).

والمقصود بالإطار هنا: منظومة من المبادئ والأفكار والمعتقدات والقيم يساعد على التخطيط لشيء ما أو لاتخاذ قرار ما.

وفي مجال التحليل الأخلاقي أو تحليل الحالات ذات الأبعاد الأخلاقية يمكن تعريفه بما يأتي:

"منظومة بنية هيكلية من المبادئ والأفكار والمعتقدات والقيم تساعد على النظر في القضايا الأخلاقية للمساعدة في اتخاذ قرار بشأنها".

لماذا نحتاج إلى هذا الإطار (البنية الهيكلية)؟

لتحليل الحالات والقضايا الأخلاقية واتخاذ قرار بشأنها، يحتاج من يقوم بهذا التحليل إلى عمق في فهم المبادئ والقيم الأخلاقية، وقدرة في الربط بينها، كما يحتاج إلى القدرة على معرفة تعارض المبادئ في القضية الأخلاقية الواحدة، وكيفية الترجيح بينها.

ولا يتأتى هذا إلا من خلال بنية هيكلية منهجية، إضافة إلى ملكة النظر في القضايا الأخلاقية عمومًا.

ومن شأن هذه البنية الهيكلية المنهجية أن تسهل عملية التحليل الأخلاقي، وتجعله أكثر يسراً.

إن اتباع الخطوات التي يشتمل عليها أي إطار من هذه الأطر يساعد في استجلاء المشكلة أو المعضلة الأخلاقية وتحديد أبعادها، ومن ثم التعامل معها، كما يساهم في وضع نسق واضح للتفكير في المشكلة الأخلاقية من خلال النظر في المبادئ والقيم الأخلاقية التي يمكن أن تكون لها علاقة بالمشكلة الأخلاقية.

ونظراً لبعض التعقيدات التي تطرأ عند النظر للمشكلة أو القضية أو المعضلة الأخلاقية، يصبح النظر لها من خلال إطار ذي نسق ومنهج أمراً في غاية الأهمية.

المكونات الرئيسية لإطار التحليل الأخلاقي:

ولدت كثير من هذه النماذج من الأطر في المدرسة الغربية، فبين أيدينا مجموعة من النماذج تتفق في بعض أجزائها، وتتباين في أخرى. ولأن الأخلاقيات مبنية على الفلسفة فإن هذه النماذج تعكس انتماءها لتلك الفلسفة.

وفي الجملة؛ فإن المكونات الرئيسية لتلك الأطر هي:

١- تحديد المشكلة أو القضية الأخلاقية.

٢- جمع المعلومات والحقائق حول القضية الأخلاقية.

٣- تحديد الأطراف التي لها علاقة بالقضية الأخلاقية.

٤- تحديد المبادئ الأخلاقية ذات العلاقة بالقضية الأخلاقية قيد البحث، وتحديد جوانب التوافق والتعارض أو التضاد بين هذه المبادئ.

٥- وضع الخيارات الممكنة لحل المشكلة الأخلاقية، والتفكير في أيها يكون الخيار الأنسب؟

٦- اتخاذ القرار بشأن القضية الأخلاقية.

٧- تقويم التجربة للاستفادة منها في المستقبل.

وتتنوع نماذج هذه الأطر بتنوع النظريات الفلسفية الأخلاقية السائدة في الغرب في الوقت الحاضر، كما يحتوي بعضها على النظر في الدساتير الأخلاقية والقوانين المهنية الطبية ووضعها في الاعتبار عند التحليل الأخلاقي.

ومع أن الفلاسفة الأخلاقيين لا يعترفون بالمرجعية للأخلاقيات، إلا أننا نجد أنهم يؤسسون علم الأخلاقيات على نظريات أخلاقية ويرجعون إليها.

وأفضل هذه النماذج هو ذلك الذي يحاول أن يكون شاملاً، ويأخذ بعين الاعتبار أبرز النظريات الأخلاقية، نقول: أبرزها لأنها متعددة، ومتضاربة ومتناقضة أحياناً.

ولسنا هنا بصدد ذكر كل هذه النماذج أو شرح مكوناتها، وإنما يكفينا أن نركز على الجانب العملي في هذا الموضوع، ونكتفي بنموذج أو اثنين.

وبين يدينا دراسة حديثة (٢٠١٢م) قام مؤلفها بمراجعة مجموعة من هذه النماذج الإطارية للتحليل الأخلاقي، واشتملت على دراسة أحد عشر نموذجًا، ليقترح نموذجاً- كما يرى - أكثر عملية وسهولة في التطبيق، وأسماه (Core – Value Framework) أي إطار القيم الأساسية اختصاراً.

Co: Codes (I.e. Codes of professional conduct)
R: Regulations (i.e. Law and other stringent policies
E: Ethical Principles
Values: (the personal moral institutional values, believes or ideologies of the key stakeholders)

صحيح أن هذا النموذج شامل لجوانب كثيرة في مجال التحليل الأخلاقي؛ إلا أن تركيزه على الدساتير والقوانين قد يفقده شيئًا من قوته في المجال الأخلاقي الصرف، فالمعروف أن الدساتير والقوانين قد لا تكون بالضرورة متسقة مع المبادئ الأخلاقية بوضوح، ومثل ذلك يمكن أن يقال عن القيم، كالقيم الشخصية أو قيم المؤسسات الصحية.

وعلى كل حال؛ فهي محاولة من المؤلف أن يكون عمليًا، ربما بعيدًا عن تأثير النظريات الأخلاقية.[(١)]

---

(1) Manson HM. The development of the CoRE-Values framework as an aid to ethical decision-making. *Med Teach*. 2012;34(4):e258-e268. doi:10.3109/0142159X.2012.660217.

وهناك دراسة أخرى سابقة لهذه الدراسة، عبارة عن مراجعة لأدبيات الموضوع، خلصت إلى تقسيم هذه النماذج إلى قسمين رئيسين، وهما:

١- النماذج المبنية على التبرير Justification based models.

٢- النماذج المبنية على الواجبات Task-based models.

وخلصت هذه الدراسة أيضًا إلى وضع نموذج مؤسس على هذه الأقسام محاولة المواءمة والموازنة بين طرق النظر في القضايا الطبية والقضايا الأخلاقية، وقسمها إلى معلومات، ومهارات، ومواقف؛ إلا أنه أكد أنه وسيلة للتعليم أكثر منه للتحليل الأخلاقي، وهو مفيد في هذا الباب دون شك. [١]

وفي نهاية المطاف هي محاولات لتسهيل عملية التحليل الأخلاقي خاصة بالنسبة للأطباء والعاملين الصحيين.

ومن النماذج المشهورة جداً والمستخدمة على نطاق واسع، نموذج المبادئ الأربعة، وهي:

١ – الاستقلالية الذاتية (أو حرية الاختيار).

٢ – تحقيق المنفعة (أو المصلحة).

٣– عدم الإضرار.

٤ – العدل (أو العدالة).

---

(1) Tsai TC, Harasym PH. A medical ethical reasoning model and its contributions to medical education. Med Educ. 2010;44(9):864-873. doi:10.1111/j.1365-2923.2010.03722.x.

ولا شك أن هذه مبادئ قوية وذات أثر، ولا يختلف على أهميتها العقلاء، لكن تطبيقها في التحليل الأخلاقي قد يواجه بعض الإشكالات، لأنها ليست شاملة لكل الاحتمالات التي ترد على المعضلة الأخلاقية.

القيمة التطبيقية للإطار:

إن التفكير والتحليل الأخلاقي ضمن إطار محدد أفضل كثيرًا من التحليل مرسلاً بلا إطار، ويمكن للتفكير الأخلاقي من خلال إطار واضح أن يحقق الفوائد الآتية:

- التفكير المنطقي المتسلسل عند النظر في القضية أو المعضلة الأخلاقية.
- تحديد القضية أو المعضلة الأخلاقية بوضوح أكثر.
- شمولية النظرة، واعتبار كل الجوانب التي لها علاقة في التفكير الأخلاقي في القضية التي يُنظر فيها.
- التركيز على القضية الأخلاقية وعدم الانزلاق نحو التفكير في جوانب بعيدة، أو ليس لها أهمية في النظر إلى القضية المطروحة.
- وضع نسق واضح للنظر في القضية الأخلاقية.

هل نحن بحاجة إلى نموذج مختلف؟

إن أهم ما يجب أن يتميز به أي نموذج للتحليل الأخلاقي أن يكون شاملاً لأبعاد القضية الأخلاقية، وانعكاساً واضحاً للنظرية أو النظريات الأخلاقية التي يبنى عليها التحليل الأخلاقي من حيث الأصل.

ولأن النماذج التي بين أيدينا، وبالرغم من شمولية بعضها، هي انعكاس

لنظريات محددة أو متباينة؛ يصبح من الضروري أن نبحث عن نموذج مختلف، يحقق الشمول، ويكون انعكاساً للنظرية الأخلاقية الإسلامية. النظرية

أبعاد النظرية الأخلاقية الإسلامية

ويمكن عرض هذه الأبعاد موجزة في النقاط الآتية:

١- الجانب الإيماني التعبدي: فكل عمل مباح يقوم به المسلم، ويريد به وجه الله؛ فهو عبادة تقربه إلى الله سبحانه وتعالى ويؤجر عليها؛ فالأصل تحقيق القصد التعبدي، كما أن الإيمان يدعو إلى فعل الخيروترك الشر، وتحقيق المنفعة ودفع الضرر.

٢- مراعاة النصوص الشرعية في أي مسألة من المسائل، فما كان فيه نص قطعي، وجب الالتزام به، فلا اجتهاد مع النص كما هو معلوم.

٣- تحقيق مقاصد الشريعة الإسلامية وحفظها.

٤- تحقيق المصلحة.

٥- دفع الضرر ورفعه.

٦- تقدير المآلات.

٧- حفظ الحقوق.

٨- تحقيق واجب الرعاية.

٩- قواعد وقيم وفضائل اخلاقية يجب مراعاتها.



١٠- حسن الخلق في التعامل مع الناس.

١١- مراعاة القواعد الفقهية.

النموذج الإسلامي للتحليل الأخلاقي

يتضح مما سبق أننا بحاجة إلى نموذج مختلف، يمكننا من التحليل الأخلاقي على أسس إسلامية، إذا نحن أخذنا بعين الاعتبار كل الأبعاد التي ذكرناها عند حديثنا عن ملامح النظرية الأخلاقية الإسلامية آنفاً.

وهناك نموذج بين أيدينا وضع ملامحه الدكتور خالد الجابر [١] يمكن أن يكون بداية لطرح نماذج أخرى، أو نموذج أكثر شمولاً، ويتلخص هذا النموذج في خمسة أسئلة، وهي:

١- ما السؤال الأخلاقي أو الأسئلة الأخلاقية في المسألة؟ وتحديد محل الإشكال الحقيقي.

٢- ما المعلومات/ المعطيات/ الاعتبارات/ المرجحات التي ينبغي أخذها في الحسبان في المسألة؟

- أطراف القضية؟
- المعلومات الطبية عن الحالة/ التصوير الطبي الدقيق للمسألة/ التشخيص، العلاج المتوفر، توقعات الشفاء (تطور الحالة).
- العواقب والمآلات/ الأثر المترتب

---

(١) الجابر، خالد. محاضرة لم تنشر.



٣- ما المبادئ الأخلاقية والشرعية والقانونية التي تجب مراعاتها؟

- حقوق أطراف المسألة وواجباتهم ورغباتهم أو وصاياهم.
- المصالح والمفاسد.
- الحلال والحرام في المسألة/ النصوص/ الاعتبارات الشرعية.
- ما تجب مراعاته من نظام الأخلاقيات/ القانون/ الأحكام القضائية.

٤- ما الأقوال المحتملة في المسألة؟ ودليل كل قول ونقاشه، والرأي المختار في المسألة، وسبب الترجيح.

- فتاوى العلماء في المسألة أو فيما يشبهها من المسائل.
- أقوال علماء الأخلاق في المسألة/ ما الملحظ الأخلاقي في المسألة؟

٥- ما الرأي المختار في المسألة، وما سبب الترجيح؟ وما التصرف الصحيح في هذه الحالة تحديداً؟

وفي رأينا أن هذا النموذج يحتاج إلى شيء من التطوير ليصبح أكثر شمولاً، وأقل تعقيداً، وهي مسألة ليست سهلة، لكننا سنحاول ذلك، والله الموفق.

وهنا نود أن نفرق، بادئ ذي بدء، بين نوعين من القضايا ذات الأبعاد الأخلاقية، وهما:

١- **القضايا البسيطة**، غير المعقدة التي يمكن أن يُطبق عليها مبدأ أو مبدآن أخلاقيان، دون أن يكون هناك تضارب أو تصادم، أو أنها محسومة شرعاً بنص شرعي بالتحليل أو التحريم. وهذه لا إشكال فيها. ومن

أمثلتها: القتل الرحيم، حيث لا يجوز التعدي على حياة الإنسان إلا بموجب شرعي، حتى لو رضي هو بذلك.

وقد يتحول هذا النوع من القضايا إلى قضايا معقدة نوعاً ما عندما لا يكون الإجابة على السؤال الأخلاقي مباشرة وسهلة، مثلاً عند تصادم المبادئ الأخلاقية.

٢- **القضايا المعقدة**، وهي التي تتعلق غالباً بالنوازل الطبية التي لم يُعرف لها حكم من قبل، أو القضايا التي لم يُعرف فيها حكم سابق، لكن طبيعة الموقف تتطلب مراعاة مبادئ شرعية وأخلاقية كثيرة، ولا يمكن التحليل الأخلاقي من خلال مبدأ واحد أو مبدأين.

ومعظم القضايا التي يُثار حولها الخلاف، وتتباين حولها وجهات النظر هي من هذا النوع، ومن هنا بنيت كثير من أطر التحليل الأخلاقي على هذا الأساس.

ويمكن إعادة تأطير النموذج الإسلامي كما يأتي:

أولًا: جمع المعلومات والحقائق، ويشمل ذلك:

- التصورأو التصوير الطبي الدقيق للمسألة.
- الآثار والمآلات المترتبة عليها عند التدخل أو عدم التدخل، والأطراف المتأثرة بالقضية.

ثانياً: تحديد السؤال الأخلاقي أو القضية الأخلاقية بوضوح.

ثالثاً: المبادئ الشرعية والأخلاقية ذات العلاقة بالقضية المطروحة ومدى تطبيقها، ويشمل ذلك:

١) النصوص الشرعية.

٢) مقاصد الشريعة الإسلامية.

٣) المصالح والمفاسد.

٤) القواعد الأخلاقية.

٥) الحقوق والواجبات.

رابعاً: الخيارات المتاحة، مع مراعاة الأنظمة والقوانين والفتاوى والأحكام القضائية.

خامساً: اتخاذ القرار المناسب حسب الراجح.

سادسا: تقويم التجربة للاستفادة منها مستقبلاً.

هذه محاولة لوضع إطار للتحليل الأخلاقي من منظور إسلامي يستند إلى النظرية الإسلامية في الأخلاق بكل أبعادها،ليكون شاملا يمكن تطبيقه على حالات مختلفة.ولا شك أن يحتاج إلى دراسة تطبيقية مستقبلية، ولعل هذا يتيسر في المستقبل القريب بإذن الله.



المصادر والمراجع

أولا: المراجع العربية: مرتبة ألفبائيا

١. الآغا، محمد أنيس، الأحكام المتعلقة بذوي التشوهات الخلقية في ضوء التطور العلمي، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة: ١٤٣٣هـ/ ٢٠١٢م.

٢. آل الشيخ مبارك، قيس، العقد الطبي: أحكام الإذن الطبي، ط٣، دار الإيمان، دمشق: ١٤٣٤هـ/ ٢٠١٣م.

٣. آل الشيخ مبارك، قيس بن محمد، التداوي والمسؤولية الطبية، ط١، مؤسسة الريان، ١٤١٢هـ/ ١٩٩١م.

٤. آل الشيخ مبارك، قيس، المسؤولية الطبية، ط٣، دار الإيمان: ١٤٢٤هـ/ ٢٠١٣م.

٥. إبراهيم، زكريا، مشكلة الفلسفة، مكتبة مصر الحديثة، القاهرة: ١٩٧١م.

٦. ابن أبي أصيبعة، عيون الأنباء في طبقات الأطباء. https://2u.pw/8gYXJ

٧. ابن إدريس، شريف بن أدول، كتمان السر وإفشاؤه في الفقه الإسلامي، ط١. دار النفائس، الأردن: ١٤١٨هـ/ ١٩٧٨م.

٨. ابن عاشور، الطاهر، التحرير والتنوير، ج٥، المكتبة الوقفية:
https://ia600506. us. archive. org/9/items/FP3667/thtn05. pdf

٩. ابن عاشور، محمد الطاهر، مقاصد الشريعة الإسلامية، ط١، دار السلام، القاهرة: ١٤٢٦هـ/ ٢٠٠٥م.

١٠. ابن عبد السلام، عز الدين، شجرة المعارف والأحوال وصالح الأقوال والأعمال، ط١، دار الكتب العلمية، بيروت: ١٤٢٤هـ/ ٢٠٠٣م.

١١. ابن فارس، معجم مقاييس اللغة (تحقيق عبدالسلام هارون)، دار الفكر: ١٣٩٩هـ/ ١٩٧٩م، المكتبة الوقفية: https://ia803105. us. archive. org/11/items/FP10288/01_10288. pdf

١٢. ابن قيم الجوزية، التبيان في أقسام القرآن، ط١، تصحيح محمد الفقي، ١٣٥٢هـ/ ١٩٣٣م.

١٣. ابن المنذر، أبو بكر بن إبراهيم، الإجماع، ط٢، مكتبة دار الفرقان، عجمان: ١٤٢٠هـ/ ١٩٩٩م، ص١٧١. موقع مجلة الكتب العربية. https://ia802606.us.archive.org/2/items/FP39702/39702.pdf

١٤. ابن منظور، لسان العرب، دار المعارف، ص١٩٨٩، مكتبة نور norr-book. Com

١٥. ابن منظور، لسان العرب، المكتبة الوقفية:

https://archive. org/details/WAQlesana/lesana/page/n52/mode/2up

١٦. أبو داود النيسابوري السجستاني، سنن أبي داود، باب: في الحفار يجد العظم هل يتنكب ذلك المكان، م: ٣٢٠٧، ج٣، ص٢٠٤.

١٧. أبو زيد، بكر بن عبد الله، حكم الانتزاع لعضو من مولود حي عديم الدماغ، مجلة مجمع الفقه الإسلامي، ع٦.

١٨. أبو زيد، بكر بن عبدالله، فقه النوازل: قضايا فقهية معاصرة، مج١، ط١، مؤسسة الرسالة، بيروت: ١٤٢٣هـ/ ٢٠٠٢م.

١٩. أبو شاويش، ماهر ذيب، السر الطبي في الشريعة الإسلامية، مجلة جامعة أم القرى لعلوم الشريعة والدراسات الإسلامية، ع٦٦، مارس ٢٠١٦م، ص١٦٧.

٢٠. أبو الوفا، محمد، العمليات الجراحية المستعجلة بين إذن المريض وضرورة العلاج الطبي، بحث مقدم إلى مجمع الفقه الإسلامي الدولي في دورته التاسعة عشرة.

٢١. الأحمد، يوسف، أحكام نقل أعضاء الإنسان في الفقه الإسلامي، دار كنوز إشبيليا: ١٤٢٧هـ/ ٢٠٠٦م.

٢٢. إدريس، عبد الفتاح، مدى حق الولي فيما يتعلق بمرض موليه من منظور الفقه الإسلامي، بحث مقدم إلى الدورة الحادية والعشرين لمجمع الفقه الإسلامي، رابطة العالم الإسلامي.

٢٣. إسماعيل، بدر محمد السيد، حكم إسقاط الجنين المشوه، ط١، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية: ٢٠١٠م.

٢٤. الأشقر، محمد، إفشاء السر: أحكامه في الشريعة الإسلامية من كتاب: أبحاث اجتهادية في الفقه الطبي، ط١، دار النفائس، الأردن: ١٤٢٦هـ/ ٢٠٠٦م.

٢٥. الألباني، محمد ناصر الدين، إرواء الغليل في تخريج أحاديث منار السبيل، م:١٨٤٠، ج٦، ص٢٤٣.

٢٦. الألباني، محمد، صحيح موارد الظمآن إلى زوائد ابن حبان، دار الصميعي، الرياض: ١٤٢٢هـ/ ٢٠٠٢م.

https://ia800206. us. archive. org/34/items/dmzmaan/smzmaan1. pdf

٢٧. أمين، إدريس قادر، وكريم، كارازان، إفشاء السر الطبي بين الزوجين في الشريعة الإسلامية: دراسة وتحليل:

4 th International Legal Issues Conference-ILIC2019 ISBN (978-9922-9036-2-0). https://tiu. edu. iq/conf/ilic/research-9-ilic-2019/

٢٨. البار، محمد علي، الجنين المشوه والأمراض الوراثية، ط١، دار القلم، دمشق: ١٤١١هـ/ ١٩٩٢م.

٢٩. البار، محمد علي، الحياة الإنسانية: متى تبدأ ومتى تنتهي؟ ط١، دار القلم، دمشق: ١٤٢٥هـ/ ٢٠٠٤م.

٣٠. البار، محمد علي، مشكلة الإجهاض: دراسة طبية فقهية، ط١، الدار السعودية للنشر: ١٤٠٥هـ/ ١٩٨٥م.

٣١. البار، محمد علي، الموقف الفقهي والأخلاقي من قضية زرع الأعضاء، ط١، دار القلم، دمشق: ١٤١٤هـ/ ١٩٩٤م.

٣٢. البار، محمد علي، وشمسي باشا، حسان، مسؤولية الطبيب بين الفقه والقانون، ط١، دار القلم، دمشق: ١٤٢٥هـ/ ٢٠٠٤م.

٣٣. البسام، عبد الله عبد الرحمن، بحث زراعة الأعضاء الإنسانية في جسم الإنسان، مجلة المجمع الفقهي الإسلامي، ع١، ١٤٠٨هـ، ص٣٤-٣٨.

٣٤. البغوي، الحسين بن مسعود، تفسير البغوي، معالم التنزيل، المكتبة الشاملة الحديثة: https://al-maktaba. org/book/41/2555#p1

٣٥. البغوي، الحسين بن مسعود، تفسير البغوي، معالم التنزيل، تفسير سورة سبأ، ص٤٠١.

٣٦. بكرور، كمال الدين، أحكام التداوي في الفقه الإسلامي، ط١، دار الضياء، الكويت: ١٤٣٤هـ/ ٢٠١٣م.

٣٧. البنداري، محمد إبراهيم، الخطأ في المسؤولية، مجلة الأمن، مج١٣، ع١، ص٣٠٠-٣٥٣.

٣٨. البوطي، محمد سعيد، مسألة تحديد النسل، ط٤. دار الفارابي، دمشق: ١٤٣١هـ/ ٢٠١٠م.

٣٩. بن عزيزة، حنان، حدود سلطة الولي في منح الإذن بالتصرف في أعضاء القاصر الحي بالتبرع، مجلة الباحث. ع١٢، ٢٠١٨م، ص٥٣٣-٥٦٦.

٤٠. البورنو، محمد صدقي بن أحمد، الوجيز في إيضاح قواعد الفقه الكلية، ط٢، مكتبة المعارف، الرياض: ١٤١٠هـ.

٤١. بوقفة، أحمد، إفشاء سر المريض: دراسة مقارنة بين الشريعة والقانون، دراسة مقدمة لنيل درجة الماجستير. جامعة الجزائر:

http://193. 194. 83. 98/xtf/data/pdf/1071/BOUGOUFA_AHMED. pdf

٤٢. بومدين، سامية، الجراحة التجميلية والمسؤولية المدنية المترتبة عليها (رسالة ماجستير): https://2u. pw/AEbs9

٤٣. بيجوفيتش، علي عزت، الإسلام بين الشرق والغرب (مترجم)، دار الشروق، القاهرة: ٢٠١٠م.

٤٤. التايه، أسامة إبراهيم، مسؤولية الطبيب الجنائية في الشريعة الإسلامية (ماجستير)، ط١، دار البيارق، عمّان: ١٤٢٠هـ/ ١٩٩٩م.

٤٥. الترمانيني، عبد السلام، السر الطبي، مجلة الحقوق والشريعة، جامعة الكويت، مج٥، ع٢، ص٤١-٤٢.

٤٦. الثميري، فهد بن إبراهيم، أخلاقيات المهن الصحية، ط١، الرياض: ١٤٤٠هـ/ ٢٠١٩م.

٤٧. الجابر، خالد (مشرف) الموسوعة الطبية الفقهية، ط١، ١٤٣٤هـ/ ٢٠١٣م.



٤٨. جاد الحق، علي، التلقيح الصناعي والإجهاض، مجلة الأزهر، ع٥٥، ١٤٠٣هـ، ص١٤٤٣-١٤٤٧.

٤٩. الجار الله، جمال صالح، أخلاقيات البحوث الطبية: المنظور الإسلامي، دار جامعة الملك سعود للنشر: ١٤٤١هـ/ ٢٠١٩م.

٥٠. الجبير، هاني بن محمد، الإذن في إجراء العمليات الطبية: أحكامه وأثره في ضمان الخطأ الطبي، ط١، دار كنوز إشبيليا: ١٤٣٦هـ/ ٢٠١٥م.

٥١. الجبير، هاني، السجل العلمي لمؤتمر الفقه الإسلامي الثاني: قضايا طبية معاصرة، مج٥، ص٤٣٧٧.

٥٢. الجبير، هاني، الضوابط الشرعية للعمليات التجميلية، ندوة العمليات التجميلية بين الشرع والطب، إدارة التوعية الدينية بالرياض: ١٤٢٧هـ/ ٢٠٠٦م.

٥٣. الجدعاني، حامد بن مده، السر الطبي بين الأطباء والفقهاء: دراسة تأصيلية تطبيقية:
https://journals. ekb. eg/article_7808_b61461af0f33a21074702285d9ff7cdc. pdf

٥٤. الجرعي، عبدالرحمن، تجميل الثدي، أحكام وضوابط شرعية، ندوة العمليات التجميلية بين الشرع والطب، ١٤٢٧هـ/ ٢٠٠٦م.

٥٥. الجرعي، عبدالرحمن، هدايا الشركات العاملة في المجال الطبي، السجل العلمي لمؤتمر الفقه الإسلامي، قضايا طبية معاصرة، الجزء الرابع، 1431هـ، ص٤١٣٧.

٥٦. جستنية، هالة محمد، الخطأ الطبي في الميزان، السجل العلمي لمؤتمر الفقه الإسلامي الثاني: قضايا طبية معاصرة، مج٥، ص٤٥١٥.

٥٧. جستنية، هالة محمد، السر الطبي: تأصيلًا وتطبيقًا، مجلة الجامعة العراقية، ع٤٠/ ١، ص٢٢٥-٢٧٣.

٥٨. جلاد، سليم، الحق في الخصوصية بين الضمانات والضوابط في التشريع الجزائري والفقه الإسلامي، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة وهران: ٢٠١٣م:

https://theses.univ-oran1.dz/document/THA3392.pdf

٥٩. الجرجاني، علي بن محمد السيد الشريف: معجم التعريفات، ط٢، دار الكتب العلمية، بيروت: ١٤٢٤هـ/ ٢٠٠٣م.

٦٠. الجندي، إبراهيم صادق، الموت الدماغي، ط١، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية بالرياض: ١٤٢٢هـ.

٦١. الجندي، سميح، أهمية المقاصد الشرعية، ط١، مؤسسة الرسالة، دمشق: ١٤٢٩هـ/ ٢٠٠٨م.

٦٢. الحارثي، محمد بن مرعي، حكم التداوي، مجلة كلية دار العلوم: ٢٠٠٩م، ع٤٩، ص٣٣٠.

٦٣. حتحوت، حسان، استخدام الأجنة في البحث والعلاج: الوليد عديم الدماغ، مجلة مجمع الفقه الإسلامي، ع٦.

٦٤. الحسن، ميادة محمد، الخطأ الطبي، السجل العلمي لمؤتمر الفقه الإسلامي الثاني: قضايا طبية معاصرة، مج٥، ص٤٤٣٠.

٦٥. حلمي، مصطفى، الأخلاق بين الفلاسفة وعلماء الإسلام، ط١، دار الكتب العلمية، بيروت: ١٤٢٤هـ/ ٢٠٠٤م.

٦٦. الحليبي، أحمد، المسؤولية الخلقية والجزاء عليها دراسة مقارنة، ط١، مكتبة الرشد، الرياض: ١٤١٧هـ/ ١٩٩٦م.

٦٧. الخادمي، نور الدين، الأبعاد الأخلاقية والمقاصدية للنص الشرعي وأثرها في



تحديد الحكم الشرعي، ط١، دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة: ٢٠١٤م.

٦٨. الخادمي، نور الدين بن مختار، المقاصد الشرعية وصلتها بالأدلة الشرعية، المكتبة الشاملة: https://al-maktaba.org/book/7310/75#p1

٦٩. الخطيب، عبد العزيز، القواعد الكلية والضوابط الفقهية، ط١، الناشر المتميز، الرياض: ١٤٣٩هـ/ ٢٠١٧م.

٧٠. خيال، وجيه محمد، المسؤولية الجنائية للطبيب في النظام السعودي، ط١. مكتبة هوازن، السعودية: ١٤١٦هـ/ ١٩٩٦م.

٧١. دراز، محمد عبدالله، دستور الأخلاق في القرآن (تعريب وتحقيق عبدالصبور شاهين)، ط٦، مؤسسة الرسالة: ١٤٠٥هـ/ ١٩٨٥م.

٧٢. الدغمي، محمد راكان، حماية الحياة الخاصة في الشريعة الإسلامية، ط١، دار السلام للطباعة والنشر، القاهرة: ١٤٠٥هـ/ ١٩٨٥م.

٧٣. دكاني، عبد الرحيم، إفشاء السر الطبي بين التحريم والإباحة، مجلة القانون والمجتمع، جامعة أدرار، ع١١، ص٥٠-٧٢.

٧٤. الرازي، أبو بكر، أخلاق الطبيب.تقديم وتحقيق عبد اللطيف محمد العبد، ط١، مكتبة دار التراث: ١٣٩٧هـ/ ١٩٧٧م.

٧٥. الراغب الأصفهاني. المفردات في غريب القرآن. المكتبة الشاملة الحديثة:

https://al-maktaba.org/book/23636/685

٧٦. رزيق، موسى، الالتزام بتبصير المريض: دراسة مقارنة، المجلة الدولية القانونية، ص٩ https://cutt.us/9Zr70

٧٧. الزحيلي، وهبة، الفقه الإسلامي وأدلته، ج٤، ط١، دار الفكر، دمشق: ١٤٠٤هـ/ ١٩٨٤م.

٧٨. الزرقا، أحمد بن الشيخ محمد. شرح القواعد الفقهية، ط٢، دار القلم، دمشق: ١٤٠٩هـ.

٧٩. الزرقا، مصطفى، شرح القواعد الفقهية، ط٢، دار القلم، دمشق: ١٤٠٩هـ/ ١٩٨٩م.

٨٠. زهرة، محمد المرسي، الإنجاب الصناعي أحكامه القانونية وحدوده الشرعية: دراسة مقارنة. جامعة الكويت: ١٩٩٣م.

٨١. زقزوق، محمود، مقدمة في علم الأخلاق، ط٣، دار القلم، الكويت.

٨٢. زيدان، عبد الكريم، المدخل لدراسة الفقه الإسلامي، ط١٢، مؤسسة الرسالة، بيروت: ١٤٢٥هـ/ ٢٠٠٥م.

٨٣. السبيل، عبد المجيد، الأحكام الفقهية لنقل الأعضاء الإنسانية، مجلة العلوم الشرعية واللغة العربية، ع٢، ذو الحجة ١٤٣٧هـ.

٨٤. السدلان، صالح بن غانم، القواعد الفقهية الكبرى وما تفرع عنها، ط٢، دار بلنسية للنشر والتوزيع، الرياض: ١٤٢٠هـ.

٨٥. السعدي، خالد بن عبدالرحمن، اختيارات الشيخ عبدالرحمن السعدي في المسائل الفقهية المستجدة، بحث تكميلي لنيل شهادة الماجستير، المعهد العالي للقضاء: ١٤٣٢-١٤٣٣هـ.

٨٦. السعدي، عبد الرحمن، تيسير الكريم المنان في تفسير كلام الرحمن.مؤسسة الرسالة.بيروت: ١٤٢٦ هـ/ ٢٠٠٥ م



٨٧. السكري، عبدالسلام، زراعة ونقل الأعضاء الآدمية، ط١، دار المنار: ١٤٠٨هـ/ ١٩٨٨م.

٨٨. سلطان العلماء، محمد عبدالرحيم: أحكام إذن الإنسان في الفقه الإسلامي، ج١، رسالة ماجستير من كلية الشريعة بجامعة أم القرى: ١٤١٢هـ/ ١٩٩١م. موجودة في موقع كتاب بديا https://2u. pw/2e5Gc

٨٩. سويلم، محمد أحمد. السجل العلمي لمؤتمر الفقه الإسلامي الثاني: قضايا طبية معاصرة، مج٥، ص٤٥٧٠.

٩٠. السيوطي، جلال الدين، الأشباه والنظائر، ط١، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان: ١٤٠٣هـ/ ١٩٨٣م.

٩١. السيوطي، جلال الدين، صحيح وضعيف الجامع الصغير وزيادته، م:٤٤٧٤. ج١، ص٤٤٧٤.

٩٢. الشاطبي، إبراهيم بن موسى، الموافقات، مج١، المكتبة الشاملة الحديثة: https://al-maktaba. org/book/11435

٩٣. شبير، محمد عثمان، أحكام جراحة التجميل في الفقه الإسلامي، جامعة الكويت: https://elibrary. mediu. edu. my/books/SDL2400. pdf

٩٤. شبير، محمد عثمان، القواعد الكلية والضوابط الفقهية في الشريعة الإسلامية، ط١، دار النفائس، الأردن: ١٤٢٦هـ/ ٢٠٠٦م.

٩٥. الشبيلي، يوسف، الضوابط الشرعية للعمليات التجميلية، ندوة العمليات التجميلية بين الشرع والطب، إدارة التوعية الدينية بالرياض: ١٤٢٧هـ/ ٢٠٠٦م.



٩٦. شرف الدين، أحمد، الأحكام الشرعية للأعمال الطبية، ط٢، ١٤٠٧هـ/ ١٩٨٧م.

٩٧. شرف الدين، أحمد، هندسة الإنجاب والوراثة في ضوء الأخلاق والشرائع، ط١، المكتبة الأكاديمية: ٢٠٠١م.

٩٨. الشويرخ، سعد، موت الدماغ، مجلة الجمعية الفقهية السعودية، ع١١، شوال- محرم ١٤٣٢-١٤٣٣هـ، ص٢٦٤.

٩٩. الشويعر، عبدالسلام، الضوابط الشرعية للعمليات التجميلية، ندوة العمليات التجميلية بين الشرع والطب، إدارة التوعية الدينية بالرياض: ١٤٢٧هـ/ ٢٠٠٦م.

١٠٠. الشنقيطي، محمد المختار، أحكام الجراحة الطبية، ط١، مكتبة الصديق، الطائف: ١٤١٣هـ/ ١٩٩٣م.

١٠١. صالح، أيمن، تغيير خلق الله كعلة لتحريم التعديلات عن الجينوم، المجلة الأردنية في الدراسات الإسلامية، مج١٦، ع١، ١٤٤١هـ/ ٢٠٢٠م.

١٠٢. الفوزان،صالح. الجراحة التجميلية: عرض طبي ودراسة فقهية مفصلة.دار التدمرية.الرياض:١٤٢٨ هـ/ ٢٠٠٧ م.

١٠٣. صبحي، أحمد محمود، الفلسفة الأخلاقية في الفكر الإسلامي، العقليون والذوقيون أو النظر والعمل، ١٩٩٢م.

١٠٤. صبرينة، منار، الالتزام بالتبصير في الجراحة التجميلية (رسالة ماجستير)، ص١٠٠: https://bu. umc. edu. dz/theses/droit/AMEN4254. pdf

١٠٥. الصقير، قيس، المسؤولية المهنية الطبية في المملكة العربية السعودية، ط١، ١٤٢٦هـ/ ٢٠٠٥م.

١٠٦. الصمادي، محمود مصطفى، المصالح المرسلة ودورها في القضايا الطبية المعاصرة، ط١، دار الفلاح، الأردن: ٢٠٠٨م.

١٠٧. الصواط، محمد، التقشير الطبي: حقيقته وحكمه وضوابطه. السجل العلمي لمؤتمر الفقه الإسلامي الثاني، قضايا طبية معاصرة، مج ٤، ص٣١٦٥.

١٠٨. ضمرة، عبد الجليل، السجل العلمي لمؤتمر الفقه الإسلامي الثاني: قضايا طبية معاصرة، مج٥، ص٤٦٩١.

١٠٩. طنطاوي، محمد سعيد، حكم بيع الإنسان لعضو من أعضائه أو التبرع بها: **Islamset,net,tantawi**

١١٠. طه عبد الرحمن، سؤال الأخلاق: مساهمة في النقد الأخلاقي للحداثة الغربية، ط١، المركز الثقافي العربي: ٢٠٠٠م.

١١١. طه، محمود أحمد، المسؤولية الجنائية في تحديد لحظة الوفاة، دار الفكر والقانون: ٢٠١٥م.

١١٢. الطريقي، عبدالله بن عبدالمحسن، تنظيم النسل وموقف الشريعة الإسلامية منه، ط١، بدون دار نشر: ١٤٠٢هـ/ ١٩٨٣م.

١١٣. عبدالرزاق، أحمد محمد جاد، محاضرات في علم الأخلاق، دار الهاني للطباعة والنشر: ١٤٣٣هـ/ ٢٠٠٣م.

١١٤. عبد الكريم، مأمون، رضا المريض عن الأعمال الطبية والجراحة: دراسة مقارنة، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية: ٢٠٠٩م.

١١٥. عبده، مصطفى، فلسفة الأخلاق، ط٢، مكتبة مدبولي، القاهرة: ١٩٩٩م.

١١٦. العتيبي، صالح مشعل، الأخطاء الطبية وتقدير التعويض عنها في النظام

السعودي، ط١، مكتبة القانون والاقتصاد، الرياض: ١٤٤٠هـ/ ٢٠١٩م.

١١٧. عزام، عبدالعزيز، القواعد الفقهية، دار الحديث، القاهرة: ١٤٢٦هـ/ ٢٠٠٥م.

١١٨. العصيمي، نايف بن فرحان، الإذن الطبي في العمليات المستعجلة، مجلة البحوث والدراسات الشرعية، مج٦، ع٦٧، ٢٠١٧م.

١١٩. علي، جابر محجوب، دور الإرادة في العمل الطبي، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت: ٢٠٠٠م.

١٢٠. العنزي، مشعل عيادة، الإذن الطبي دراسة فقهية تطبيقية، مجلة البحوث الإسلامية، س١، ع١، ٢٠١٥م.

١٢١. عنقاوي، طارق بن طلال، أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة: دراسة فقهية للقرارات الطبية المصيرية حول الإنعاش والعناية المركزة، ط١، دار أطلس الخضراء، الرياض: ١٤٤١هـ/ ٢٠٢٠م.

١٢٢. العيدوني، وداد، والعلمي، عبد الرحيم، الخطأ الطبي بين الشرع والقانون، السجل العلمي لمؤتمر الفقه الإسلامي الثاني: قضايا طبية معاصرة، مج٥، ص٤٧١٦ .

١٢٣. الغامدي، عبدالله سالم، مسؤولية الطبيب المهنية، ط١، دار الأندلس الخضراء، جدة: ١٤١٨هـ/ ١٩٩٧م.

١٢٤. الغامدي، ماجد بن سالم، قراءة لنظرية المنهج التربوي في ضوء النظرية الإسلامية، مكتبة الألوكة: https://www.alukah.net/library/0/49958/

١٢٥. غانم، عمر بن محمد، أحكام الجنين في الفقه الإسلامي.دار الأندلس الخضراء.جدة:١٤٢١ هـ/ ٢٠٠١ م.



١٢٦. الغفيلي، عبدالرحمن، زراعة الشعر وإزالته التجميلية في الفقه الإسلامي، موسوعة الفقه الإسلامي، مج٤، ص٣٢٥٤.

١٢٧. الغنيم، فؤاد، زراعة الشعر التجميلية، السجل العلمي لمؤتمر الفقه الإسلامي الثاني، قضايا فقهية معاصرة، مج٤، ص٣٣١٤-٣٣١٥.

١٢٨. الفاسي، علال، مقاصد الشريعة الإسلامية ومكارمها، ط١، دار الكلمة للنشر، القاهرة: ١٤٣٥هـ/ ٢٠١٤م.

١٢٩. الفهاد، حسام، الالتزام بالتبصير في المجال الطبي: دراسة مقارنة، دار الجامعة الجديدة: ٢٠١٣م.

١٣٠. الفوزان، عبدالعزيز، تحسين القوام والحقن التجميلي وشفط الدهون، ندوة العمليات التجميلية بين الشرع والطب: ١٤٢٧هـ/ ٢٠٠٦م.

١٣١. قاسم، محمد حسن، إثبات الخطأ في المجال الطبي، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية: ٢٠١٦م.

١٣٢. القحطاني، حنان محمد، عملية تجميل الثدي، السجل العلمي لمؤتمر الفقه الإسلامي الثاني، قضايا طبية معاصرة، ص٣٣٨٩-٣٤١٠.

١٣٣. القحطاني، محمد بن سعيد، الإعلام بنقد كتاب نشأة الفكر الفلسفي في الإسلام، ط١، دار ابن الجوزي، الدمام: ١٤١٢هـ.

١٣٤. قرعوش، كايد، وآخرون، الأخلاق في الإسلام، ط٢، دار المناهج، عمان: ١٤٢٢هـ/ ٢٠٠١م.

١٣٥. القرضاوي، يوسف، زراعة الأعضاء في ضوء الشريعة الإسلامية، ط١، دار الشروق، القاهرة: ٢٠١٠م.

١٣٦. القره داغي، عارف، قضايا فقهية في زراعة الأعضاء، دار الكتب العلمية: ٢٠١٢م.

١٣٧. القطان، مناع، الاجتهاد الفقهي للتبرع بالدم ونقله، مجلة المجمع الفقهي، السنة الثالثة، ع٣، ١٤٠٩هـ/ ١٩٨٩م، ص٥١-٦٥.

١٣٨. القوسي، مفرح، دراسات في النظام الخلقي بين الإسلام والنظم الوضعية، ط١، مطابع الحميضي: ١٤٢٧هـ/ ٢٠٠٦م.

١٣٩. مانع المانع، القيم الخلقية بين الإسلام والغرب، دراسة تأصيلية مقارنة، ط١، دار الفضيلة: ٢٠٠٥م.

١٤٠. محفوظ عزام، الأخلاق في الإسلام بين النظرية والتطبيق، ط١، دار الهداية: ١٤٠٧هـ/ ١٩٨٦م.

١٤١. محمد عبد الله الشرقاوي، مدخل نقدي إلى الفلسفة، ط٢، دار الجيل: بيروت: ١٩٩٠م.

١٤٢. محمد عبد الله دراز، الدين، بحوث ممهدة لدراسة تاريخ الأديان، هنداوي للتعليم والثقافة: ٢٠١٤م.

١٤٣. المحمدي، علي محمد يوسف، بحوث فقهية في مسائل طبية معاصرة، ط١، دار البشائر الإسلامية، بيروت: ١٤٢٦هـ/ ٢٠٠٥م.

١٤٤. مختار، عمر أحمد، معجم اللغة العربية المعاصرة، ج١، ط١، عالم الكتب، القاهرة: ٢٠٠٨م.

١٤٥. مرحبا، إسماعيل، البنوك الطبية البشرية وأحكامها الفقهية، ط١. دار ابن الجوزي، الدمام: ١٤٢٩هـ.



١٤٦. مرحبا، محمد عبد الرحمن، المرجع في تاريخ الأخلاق، ط١، جروس برس، طرابلس: ١٩٨٨م.

١٤٧. مرسي، محمد منير، مجتمع الفضيلة: الأخلاق في الإسلام، ط١، عالم الكتب، ١٤١٩هـ/ ١٩٩٨م.

١٤٨. المصلح، خالد بن عبدالله، هدايا العمال والموظفين وتطبيقاتها المعاصرة، مجلة الشريعة والدراسات الإسلامية، مج٢٧، ع٩١، محرم ١٤٣٣هـ.

١٤٩. المشيقح، خالد، زراعة الشعر وإزالته: أحكام وضوابط شرعية، ندوة العمليات التجميلية بين الشرع والطب، ١٤٢٧هـ/ ٢٠٠٦م.

١٥٠. المطيري، دعيج، الموت الدماغي وتكييفه الشرعي، مجلة الشريعة والدراسات الإسلامية، مج٢٢، ع٦٨، ٢٠٠٧م، ص١٨٠.

١٥١. المناوي، عبد الرؤوف، التوقيف في مهمات التعاريف، المكتبة الشاملة الحديثة: https://al-maktaba.org/book/10640/248#p1

١٥٢. منذر الفضل، المسؤولية الطبية في الجراحة التجميلية. دار الثقافة للنشر والتوزيع: ٢٠٠٠م

١٥٣. منصور، محمد خالد، الأحكام الطبية المتعلقة بالنساء في الفقه الإسلامي، ط١. دار النفائس، الأردن، ١٤١٩هـ/ ١٩٩٩م.

١٥٤. منصور، ياسر داود، أحكام القرعة في الفقه الإسلامي، رسالة ماجستير، جامعة النجاح بنابلس، ص١٤-٢٣. https://2u.pw/Nc65B

١٥٥. موسى، عصام محمد، الإذن في العمليات الجراحية المستعجلة، بحث مقدم لمجمع الفقه الإسلامي الدولي في دورته التاسعة عشرة. كتاب بديا: https://down.ketabpedia.com/files/bkb/bkb-fi04207-ketabpedia.com.pdf



١٥٦. موسوعة الأديان، موقع الدرر السنية **http://dorar. net**

١٥٧. الموسوعة الفقهية الكويتية، الجزء السابع، المكتبة الوقفية: **https://ia803101. us. archive. org/13/items/FPmfkmfk/mfk07. pdf**

١٥٨. الميثاق الإسلامي للأخلاقيات الطبية والصحية (المادة الثلاثون، فقرة هـ): **http://horizon. hsc. edu. kw/library/resouces/Islamic_ethics. pdf**

١٥٩. الميداني، عبد الرحمن، الأخلاق الإسلامية، ط٢. دار القلم، دمشق: ١٤٠٧هـ/ ١٩٨٧م.

١٦٠. نجيدة، علي حسن، التزامات الطبيب في العمل الطبي، القاهرة، دار النهضة العربية: ١٩٩٢م.

١٦١. النجيمي، محمد بن يحيى، الإنجاب الصناعي بين التحليل والتحريم: دراسة فقهية إسلامية مقارنة، ط١، العبيكان للنشر، الرياض: ١٤٣٢هـ/ ٢٠١١م.

١٦٢. النجيمي، محمد بن يحيى، الإجهاض: أحكامه وحدوده في الشريعة الإسلامية والقانون الوضعي: دراسة مقارنة، ط١، العبيكان للنشر، الرياض: ١٤٣٢هـ/ ٢٠١١م.

١٦٣. النشار، علي سامي، نشأة الفكر الفلسفي في الإسلام، ط٩، دار المعارف، القاهرة: ١٣٩٧هـ/ ١٩٧٧م.

١٦٤. نصار، جمال، مكانة الأخلاق في الفكر الإسلامي، ط١، دار الوفاء: ١٤٢٥هـ/ ٢٠٠٤م.

١٦٥. النفيسة، عبدالرحمن بن حسين، الإجهاض: آثاره وأحكامه، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، ع٧، ١٤١١هـ.

١٦٦. النفيسة، عبد الرحمن حسن، مسؤولية الأطباء، بحث في مجلة البحوث الفقهية

المعاصرة، السعودية، ع٣، السنة الأولى، ربيع ١٤١٠هـ، ص١٩٦.

١٦٧. ياسين، محمد نعيم، أبحاث فقهية في قضايا طبية معاصرة، ط١، دار النفائس، الأردن: ١٤١٦هـ/ ١٩٩٦م.

١٦٨. ياجن، مقداد، علم الأخلاق الإسلامية: https://al-maktaba.org/book/11293/264

١٦٩. اليوسف، صالح بن سليمان، مدى مشروعية القرعة والعمل بها في الفقه الإسلامي، مجلة كلية الشريعة، جامعة أسيوط، ع١٧، ج٢، ص١٨٤-١٨٩.

١٧٠. يوسف، مجدي عز الدين، حرمة الحياة الخاصة بين الحماية الدولية والشريعة الإسلامية: https://2u.pw/GcHn4



المراجع الأجنبية

1. Abu-Aisha H.Women in Saudi Arabia:Do they have the right to give their own consent for medical procedure?.Saudi Medical Jpurnal.1985;6-74-77.
2. svitak LS, and Morin M. Informed consent: informed or misinformed?. William Mitchell Law Review;12,1986:541-578.
3. Applbaum PS. Assaessment of patient competence to consent to treatment.NEJM,2007;357:1834-49.
4. Barstow C,Shahan B,and Roberts M. Evaluating decision-making capacity in practice.American Family Phys,2018;98:40-46
5. Pinal D A. Informed consent: Is your patient competent to refuse treatment?.Current psychiatry,2009;8(4):33-43
6. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult?.BMJ,1984;288:1597-1599.
7. Schattner A. What do patients really want to know. QJ med,2000;95:135-136.
8. Fallowfield L J, Jenkins VA, and Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurt more: communication in palliative care.Palliative Medicine,2002;16:297-303.
9. Wang dc, Guo CB, Pen X ,et al. Is therapeutic non-

disclosure still possible.Support Care Cancer,2001;19:1191-1195

10. Jenkins V, Fallowfiedd L, and Saul J. Information need of patients with cancer: results from a large study in UK Cancer Centres. BJ Cancer 281; 84: 48-51, 2003.

11. Tuckett AG. Truth-telling in clinical practice and the arguments for and against: A review of the literature. Nurs Ethics, 2004; 11: 500-511.

12. Sullivan RJ, Manapace LW, and White RM. Truth-telling and patient diagnosis. J Med Ethics, 2001; 27: 192-197

13. Surbone A. Cultural aspects of communication in cancer, 2008; 16: 235-240.

14. Parker SM, Clayton JM, Hancock K, Walder S, Buttow PN, Carrick S, et al. A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: Patient/Caregiver preference for content, style and timing of information. Journal of pain and symptom managment; 34: 81-93.

15. Hancock K, Parker SM, Wal der S, Butow PN, Currow D, Gheris D, et al. Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illness – a systematic review. Pallitative Med 2007; 21: 507-517

16. Al-Amri AM. Cancer patient's desire for information: a study in a teaching hospital in Saudi Arabia. Eastern Med Health J; 15 19-24.

17. Liu Y , Yang J, Huo D, Fan H, and Gao y.Disclosure of cancer diagnosis in China: the incidence, patients' situation, and different preferences between patients and their family members and related influence factors. Cancer Management and Research,2018;10:2173-2181.

18. Al-Amri AM. Attitudes of Saudi Medical students towards disclosure of information on cancer in Eastern Saudi Arabia. J Fam and Comm Med; 18: 54-58.

19. Zekri JM,Karim Sm,Bassi S,et al.Breaking bad news,preference of cancer patients in Saudi Arabia.J Palliative Care Med,2015;5:207

20. Aljubran AH. The attitude towards disclosure of bad news to cancer patients in Saudi Arabia. Ann Saudi Med. 2010 Mar-Apr;30(2):141-4. doi: 10.4103/0256-4947.60520. PMID: 20220264; PMCID: PMC2855065.

21. Baile WF,Buckman R, Lenzi R,Glober G,etal. Six-step

protocol for delivering bad news: Application to the patients with cancer. The Oncologist2000;5:302-311

22. Buckman R. Breaking bad news: The SPIKES strategy. Community oncology;2(2)Mar/Apr,2005:138-142

23. Association for women for action and research (AWARE) . https://www.aware.org.sg/about/

24. HANDBOOK On Sexual Harassment of Women at Workplace. https://bopter.gov.in/assets/pdf/handbook-on-sexual-harassment-of-women-at-workplace2.pdf

25. Wikipedia. https://en.wikipedia.org/wiki/Sexual_harassment

26. https://laws.boe.gov.sa/BoeLaws/Laws/LawDetails/f9de1b7f-7526-4c44-b9f3-a9f8015cf5b6/1

27. http://www.kckha.org/uploads/6/8/4/9/68497415/frm-s-60.pdf

28. NCBC. https://www.cnbc.com/2017/12/19/one-fifth-of-american-adults-have-been-sexually-harassed-at-work.html

29. Association of women for action and research(AWARE).https://www.aware.org.sg/training/wsh-site/14-statistics/

30. Kinard J, Little B. Sexual harassment in the health care industry: a follow-up inquiry. Health Care Manag (Frederick). 2002 ;20(4):46-52. doi: 10.1097/00126450-200206000-00008. PMID: 12083178.

31. Kahsay, W.G., Negarandeh, R., Dehghan Nayeri, N. et al. Sexual harassment against female nurses: a systematic review. BMC Nurs 19, 58 (2020). https://doi.org/10.1186/s12912-020-00450-w

32. Libbus MK, Bowman KG. Sexual harassment of female registered nurses in hospitals. J Nurs Adm. 1994 Jun;24(6):26-31. doi: 10.1097/00005110-199406000-00008.(Abstract).

33. Stratton TD, McLaughlin MA, Witte FM, Fosson SE, Nora LM. Does students' exposure to gender discrimination and sexual harassment in medical school affect specialty choice and residency program selection? Acad Med. 2005 Apr;80(4):400-8. doi: 10.1097/00001888-200504000-00020. PMID: 15793027.(Abstract)

34. https://www.dailymail.co.uk/news/article-2983870/Realistically-better-b-job-night-Senior-female-surgeon-says-sexual-harrasment-rife-doctors-young-women-risk-careers.html.

35. Fute M, Mengesha ZB, Wakgari N, Tessema GA. High

prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia. BMC Nurs. 2015;14:9. Published 2015 Mar 3. doi:10.1186/s12912-015-0062-1

36. Kisa, Adnan & Dziegielewski, Sophia & Ates, Metin. (2002). Sexual Harassment and Its Consequences: A Study Within Turkish Hospitals. Journal of health & social policy. 15. 77-94. 10.1300/J045v15n01_05.

37. Prasad SB ,and Bhusal KB. Work place sexual harassment among female health workers in grass-root level health institutions in Nepal(abstract) Occup Med Health Aff, 2015;4:56. https://www.omicsonline.org/proceedings /

38. Abo Ali EA, Saied SM, Elsabagh HM, Zayed HA. Sexual harassment against nursing staff in Tanta University Hospitals, Egypt. J Egypt Public Health Assoc. 2015 Sep;90(3):94-100. doi: 10.1097/01.EPX.0000470563.41655.71. PMID: 26544837.

39. WHO. Workplace violence in health sector Lebanon county case study.WWW.WHO.int/violence-injury-prevention/violence/Lebanon

40. Lexchen J. What information do physicians receive from pharmaceutical representatives? Can Fam Physician 1997;43:941-945.F

41. Campbell EG, Gruen RL, Mountford J, Miller LG, Cleary PD, Blumenthal D. A national survey of physician-industry relationships. N Engl J Med. 2007 Apr 26;356(17):1742-50. doi: 10.1056/NEJMsa064508. PMID: 17460228.

42. ( )Saito S, Mukohara K, Bito S (2010) Japanese Practicing Physicians' Relationships with Pharmaceutical Representatives: A National Survey. PLoS ONE 5(8): e12193. doi:10.1371/journal.pone.0012193

43. Alosaimi F, Alkaabba A, Qadi M, Albahlal A, Alabdulkarim Y, Alabduljabbar M, Alqahtani F. Acceptance of pharmaceutical gifts. Variability by specialty and job rank in a Saudi healthcare setting. Saudi Med J. 2013 Aug;34(8):854-60. PMID: 23974459.

44. The Effects of Pharmaceutical Firm Enticements on Physician Prescribing Patterns* There's No Such Thing as a Free Lunch James P Orlowski, Leon Wateska. Chest 1992;102;270-273

45. Wazana A.Physicians and the Pharmaceutical IndustryIs a Gift Ever Just a Gift? .JAMA. 2000;283(3):373-380. doi:10.1001/jama.283.3.373.

46. Spurling GK, Mansfield PR, Montgomery BD, Lexchin J,

Doust J, Othman N, et al. (2010) Information from Pharmaceutical Companies and the Quality, Quantity, and Cost of Physicians' Prescribing: A Systematic Review. PLoS Med 7(10): e1000352. doi:10.1371/journal.pmed.1000352

47. Tsang JYC. The DNR order: what does it mean?. Clinical Medicine Insights: Circulatory, Respiratory and Pulmonary Medicine,2010;4:15-23

48. Peberdy MA, Kaye W, Ornato JP, et al. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: a report of 14720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. Resuscitation. 2003;58(3):297-308. doi:10.1016/s0300-9572(03)00215-6.

49. Schendeider AP,Nelson DJ,and Brown DD.In-hospital cardiopulmonary resuscitation: A 30-year review. J Am Board Fam Pract 19913;6:91-101.

50. Cooper JA,Cooper JD,and Cooper JM.Cardiopulmonary resuscitation:history,current practice,and future direction.Circulation 2006;114:2839-2849.

51. Zoch TW, Desbiens NA, DeStefano F, Stueland DT, Layde PM. Short- and Long-term Survival After Cardiopulmonary Resuscitation. Arch Intern Med. 2000;160(13):1969–1973. doi:10.1001/archinte.160.13.1969.

52. Ontario Health Technology Assessment Series; Vol. 14: No. 15, pp. 1–38, December 2014.

53. Clark JD, and Dudzinski DM. The Culture of Dysthanasia: Attempting CPR in Terminally Ill Children. Pediatrics 2013; 131 (3) 572-580.

54. Bishop JP, Brothers KB,Perry JE,AND Ahmad A.Reviving the conversatation around CPR/DNR.THE American j of Bioethics 2010;10:61-67

55. Breault, Joseph L. “DNR, DNAR, or AND? Is Language Important?.” The Ochsner journal vol. 11,4 (2011): 302-6.

56. Hiraoka E, Homma Y, Norisue Y, et al. What is the true definition of a "Do-Not-Resuscitate" order? A Japanese perspective. Int J Gen Med. 2016;9:213-220. Published 2016 Jun 29. doi:10.2147/IJGM.S105302

57. Fan, SY., Wang, YW. & Lin, IM. Allow natural death versus do-not-resuscitate: titles, information contents, outcomes, and the considerations related to do-not-resuscitate decision. BMC Palliat Care 17, 114 (2018). https://doi.org/10.1186/s12904-018-0367-4

58. Bender A, Jox RJ, Grill E, Straube A, Lulé D. Persistent vegetative state and minimally conscious state: a systematic review and meta-analysis of diagnostic procedures. Dtsch Arztebl Int. 2015;112(14):235-242. doi:10.3238/arztebl.2015.0235

59. Schneiderman LJ. Defining Medical Futility and Improving Medical Care. J Bioeth Inq. 2011;8(2):123-131. doi:10.1007/s11673-011-9293-3

60. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: response to critiques. Ann Intern Med. 1996;125(8):669-674. doi:10.7326/0003-4819-125-8-199610150-00007

61. Swetz KM, Burkle CM, Berge KH, Lanier WL. Ten common questions (and their answers) on medical futility. Mayo Clin Proc. 2014;89(7):943-959. doi:10.1016/j.mayocp.2014.02.005

62. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. Ann Intern Med. 1990;112(12):949-954. doi:10.7326/0003-4819-112-12-949

63. Rubulotta F, Rubulotta G. Cardiopulmonary resuscitation and ethics. Rev Bras Ter Intensiva. 2013;25(4):265-269. doi:10.5935/0103-507X.20130046

64. Moratti S. The development of "medical futility": towards a procedural approach based on the role of the medical profession. J Med Ethics. 2009;35(6):369-372. doi:10.1136/jme.2008.027755

65. White, B., Willmott, L., Close, E., Shepherd, N., Gallois, C., Parker, M. H., Winch, S., Graves, N., & Callaway, L. K. (2016). What does “futility” mean? An empirical study of doctors’ perceptions. The Medical Journal of Australia, 204(8), 318.e1–318.e5.

66. Moratti S. The development of "medical futility": towards a procedural approach based on the role of the medical profession. J Med Ethics. 2009;35(6):369-372. doi:10.1136/jme.2008.027755

67. American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.PART 2: Ethical Aspects of CPR and ECC.Circulation. 2015;132:S313–S314,https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000307

68. Gwilliam B, Keeley V, Todd C, et al. Prognosticating in patients with advanced cancer--observational study comparing the accuracy of clinicians' and patients' estimates of survival. Ann Oncol.

2013;24(2):482-488. doi:10.1093/annonc/mds341.

69. Berge KH, Maiers DR, Schreiner DP, et al. Resource utilization and outcome in gravely ill intensive care unit patients with predicted in-hospital mortality rates of 95% or higher by APACHE III scores: the relationship with physician and family expectations. Mayo Clin Proc. 2005;80(2):166-173. doi:10.4065/80.2.166.

70. Chu, C., Anderson, R., White, N. et al. Prognosticating for Adult Patients With Advanced Incurable Cancer: a Needed Oncologist Skill. Curr. Treat. Options in Oncol. 21, 5 (2020). https://doi.org/10.1007/s11864-019-0698-2.

71. Glare P, Virik K, Jones M, et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. BMJ. 2003;327(7408):195-198. doi: 10.1136/bmj.327.7408.195.

72. Jox RJ, Schaider A, Marckmann G, Borasio GD. Medical futility at the end of life: the perspectives of intensive care and palliative care clinicians. J Med Ethics. 2012;38(9):540-545. doi:10.1136/medethics-2011-100479

73. Padel Aa,& Mohiuddin A.Ethical obligations and clinical goals in end-o-life care;Deriving a quality of-of-life construct based on Islamic concept of accountability before God(Taklif).The American Journal of Bioethics,2015;15;3-13

74. 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2015;132:S84–S145.

75. Mulder M, Gibbs HG, Smith SW, et al. Awakening and withdrawal of life-sustaining treatment in cardiac arrest survivors treated with therapeutic hypothermia*. Crit Care Med. 2014;42(12):2493-2499. doi:10.1097/CCM.0000000000000540

76. Working Party of the Royal College of Physicians. The vegetative state: guidance on diagnosis and management. Clin Med (Lond). 2003;3(3):249-254. doi:10.7861/clinmedicine.3-3-249.

a. Jungquist C R., Quinlan-Colwell A , Vallerand A, et al. ASPMN Guidelines American Society for Pain Management Nursing Guidelines on Monitoring for Opioid-Induced Advancing Sedation and Respiratory Depression: Revisions. Pain Management Nursing 2020; 21: 7-25

b. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al. Executive Summary: Clinical Practice Guidelines for the

Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Crit Care Med. 2018;46(9):1532-1548. doi:10.1097/CCM.0000000000003259

77. Durán-Crane A, Laserna A, López-Olivo MA, et al. Clinical Practice Guidelines and Consensus Statements About Pain Management in Critically Ill End-of-Life Patients: A Systematic Review. Crit Care Med. 2019;47(11):1619-1626. doi:10.1097/CCM.0000000000003975

78. Verberkt CA, van den Beuken-van Everdingen MHJ, Schols JMGA, et al. Respiratory adverse effects of opioids for breathlessness: a systematic review and meta-analysis. Eur Respir J. 2017;50(5):1701153. Published 2017 Nov 22. doi:10.1183/13993003.01153-2017

79. Bakker J, Jansen TC, Lima A, Kompanje EJ. Why opioids and sedatives may prolong life rather than hasten death after ventilator withdrawal in critically ill patients. Am J Hosp Palliat Care. 2008;25(2):152-154. doi:10.1177/1049909108315511

80. Kamal AH, Maguire JM, Wheeler JL, Currow DC, Abernethy AP. Dyspnea review for the palliative care professional: treatment goals and therapeutic options. J Palliat Med. 2012;15(1):106-114. doi:10.1089/jpm.2011.0110

81. Jennings AL, Davies AN, Higgins JP, Gibbs JS, Broadley KE. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. Thorax. 2002;57(11):939-944. doi:10.1136/thorax.57.11.939

82. Gallagher R. Killing the symptom without killing the patient. Can Fam Physician. 2010;56(6):544-e212.

83. Biegler P. Should patient consent be required to write a do not resuscitate order?. J Med Ethics 2003;29:359–363.

84. Biegler P. Should patient consent be required to write a do not resuscitate order?. J Med Ethics 2003;29:359–363

85. Ebrahim AFN.The living will (Wasiyah).FIMA year Book,2005;6:19-27.

86. Mentzelopoulos SD,etal.The ethical challenges of resuscitation.Intensive Care Med.2018;44:703-716.

87. Cogo S B,and Launardi V L. Advance directives: A documentary analysis in the global context. Texto Conexto Enferm,2018;27(3);e1880014.

88. Sabatino CP. The evolution of health care advance planning

law and policy. Milbank Q. 2010;88(2):211-239. doi:10.1111/j.1468-0009.2010.00596.

89. Roertson G.Advance directives. The Canadian Encyclopediahttps://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/advance-directives.

90. Akabayashi, A., Slingsby, B.T. & Kai, I. Perspectives on advance directives in Japanese society: A population-based questionnaire survey. BMC Med Ethics 4, 5 (2003). https://doi.org/10.1186/1472-6939-4-5.

91. So-Sun Kim, Won-Hee Lee, JooYoung Cheon, Jung-Eun Lee,2 KiSun Yeo,2 and JuHee LeePreferences for Advance Directives in KoreaNursing Research and Practice Volume 2012, Article ID 873892, 7 pages doi:10.1155/2012/873892

92. Chan CWH, Wong MMH, Choi KC, et al. Prevalence, Perception, and Predictors of Advance Directives among Hong Kong Chinese: A Population-based Survey. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(3):365. Published 2019 Jan 28. doi:10.3390/ijerph16030365

93. Chan CW, Wong MM, Choi KC, Chan HY, Chow AY, Lo RS, et al. What Patients, Families, Health Professionals and Hospital Volunteers Told Us about Advance Directives. Asia Pac J Oncol Nurs 2019;6:72-7.

94. Gamertsfelder E M ,et al. Prevalence of Advance Directives among Older Adults Admitted to Intensive Care Units and Requiring Mechanical Ventilation. Journal of Gerontological Nursing, 42(4), 34–41.And,

95. Yaday K N,etal. Prevalence of Advance Directives in the United States: A Systematic Review. Am J respir crit care med,2017;195:A4633.,And,

96. Andreasen P,Fin-stoveri UH,Delien L,etal. Advance directivs in European long-term care facilities: A cross-sectional survey. BMJ supportive and palliative Care,2018-001743.

97. Fritz Zoë, Slowther Anne-Marie, Perkins Gavin D. Resuscitation policy should focus on the patient, not the decision BMJ 2017; 356 :j813.

98. Silveria M,etal. Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death. N Engl J Med 2010; 362:1211-1218

99. Mentzelopoulos S D,etal. Ethical challenges in resuscitation. Intensive Care Med,2018;44:703-716.

100.Brinkman-stoppelenburg A, Rietjens JAC,and Van derHeide A.The effect of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. Plliative Medicine,2014;28:1000-1025.

101.Cavalieri TA . Ethical issues at the end of life. J Am Osteopath Assoc. 2001;101(10):616-622.

102.Ebrahim AF. THE LIVING WILL (WASIYYAT AL-HAYY): A STUDY OF ITS LEGALITY IN THE LIGHT OF ISLAMIC JURISPRUDENCE. FIMA Year Book.2005-2006:P19-30.

103.Chamsi-Pasha H, Albar MA. Ethical Dilemmas at the End of Life: Islamic Perspective. J Relig Health. 2017;56(2):400-410. doi:10.1007/s10943-016-0181-3

104.Ebrahim AF. THE LIVING WILL (WASIYYAT AL-HAYY): A STUDY OF ITS LEGALITY IN THE LIGHT OF ISLAMIC JURISPRUDENCE. FIMA Year Book.2005-2006:P19-30.

105.H Christof Muller-Busch*1,2, Inge Andres1 and Thomas Jehser Sedation in palliative care – a critical analysis of 7 years experience BMC Palliative Care 2003, 2:2(http://www.biomedcentral.com/1472-684X/2/2

106.Daly p. palliative sedation. forgoing life-sustaining treatment. and aid-in-dying: what is the difference?.Theor Medical Bioeth,2015;36:197-213.

107.Center of Bioethics university of Minnesota.End of life care: An Ethical review.2005 https://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/End_of_Life.pdf.

108.Groninger H, Vijayan J. Pharmacologic management of pain at the end of life. Am Fam Physician,2014;90(1):26-32.

109.Olsen ML, Swetz KM, Mueller PS. Ethical decision making with end-of-life care: palliative sedation and withholding or withdrawing life-sustaining treatments. Mayo Clin Proc. 2010;85(10):949-954. doi:10.4065/mcp.2010.0201

110.Rietjens JAC, van Delden JJM, van der Heide A, et al. Terminal Sedation and Euthanasia: A Comparison of Clinical Practices. Arch Intern Med. 2006;166(7):749–753. doi:10.1001/archinte.166.7.749.

111.Ten Have H, et al.Palliative Sedation Versus Euthanasia: An Ethical Assessment.Journal of Pain and Symptom Management, Volume 47, Issue 1, 123 - 136

112.Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative sedation: a review of the research literature. J Pain Symptom

Manage. 2008;36(3):310-333. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.10.004

113.Muller-Busch HC, Andres I, Jehser T. Sedation in palliative care - a critical analysis of 7 years experience. BMC Palliat Care. 2003;2(1):2. Published 2003 May 13. doi:10.1186/1472-684X-2-2.

114.Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E, et al. Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. Ann Oncol. 2009;20(7):1163-1169. doi:10.1093/annonc/mdp048.

115.Maltoni M,Scrapi E,Rosati M,Derni S,and et al.Palliative sedation in end-of life care and survival:A systematic review.J Clin Oncol,2012;30:1378-1383.

116.Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative sedation: a review of the research literature. J Pain Symptom Manage. 2008;36(3):310-333. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.10.004.

117.Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Derni S, Fabbri L, Martini F, Amadori D, Nanni O. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. J Clin Oncol. 2012 Apr 20;30(12):1378-83. doi: 10.1200/JCO.2011.37.3795. Epub 2012 Mar 12. Erratum in: J Clin Oncol. 2012 Sep 20;30(27):3429. PMID: 22412129.

118.Rainone F . Palliative sedation: Controversies and challenges, Progress in Palliative Care 2015 , 23:3, 153-162, DOI: 10.1179/1743291X15Y.0000000004.

119.Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E: Modern triage in the emergency department. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(50): 892–8. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0892.

120.FitzGerald G, Jelinek GA, Scott D, et alEmergency department triage revisitedEmergency Medicine Journal 2010;27:86-92.

121.Kasule OH. Outstanding ethico-legal fighi issues. Journal of Taibah University Medical Sciences,2012;7(1):5-12.

122.Gardiner D, Shemie S, Manara A, Opdam H. International perspective on the diagnosis of death. Br J Anaesth. 2012 Jan;108 Suppl 1:i14-28. doi: 10.1093/bja/aer397. PMID: 22194427.

123.Stolf Noedir A. G.. History of Heart Transplantation: a Hard and Glorious Journey. Braz. J. Cardiovasc. Surg. [Internet]. 2017 Oct [cited 2020 Oct 26] ; 32(5): 423-427. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382017000500423&lng=en. https://doi.org/10.21470/1678-9741-2017-0508

124.Machdo C, Korein J, Portelal, de la Gracio M, etal. The

declation of sysdne on human death. J Med Ethics 2007; 33:699-703.

125.Gardiner D, Shemie S, Manara A, Opdam H. International perspective on the diagnosis of death. Br J Anaesth. 2012 Jan;108 Suppl 1:i14-28. doi: 10.1093/bja/aer397. PMID: 22194427.

126.Richard B. Arbour; Brain Death: Assessment, Controversy, and Confounding Factors. Crit Care Nurse 1 December 2013; 33 (6): 27–46. doi: https://doi.org/10.4037/ccn2013215.

127.Wijdicks EF, Varelas PN, Gronseth GS, Greer DM; American Academy of Neurology. Evidence-based guideline update: determining brain death in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2010 Jun 8;74(23):1911-8. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181e242a8. PMID: 20530327.

128.Busl KM, Greer DM. Pitfalls in the diagnosis of brain death. Neurocrit Care. 2009;11(2):276-87. doi: 10.1007/s12028-009-9231-y. Epub 2009 May 15. PMID: 19444652

129.Wlijdicks EFM. Pitfalls and slip-ups in brain death determination. Neurology research, 2013; 35:169-173.

130.Busl KM, Greer DM. Pitfalls in the diagnosis of brain death. Neurocrit Care. 2009;11(2):276-87. doi: 10.1007/s12028-009-9231-y. Epub 2009 May 15. PMID: 19444652.

131.Wahleste S, Wijdicks EFM. Patel PV, Greer. DM, et al, Brain death declaration. Neuology, 2015; 84:1870-1879.

132.Citerio G, Murphy PG. Brain death: the European perspective. Semin Neurol. 2015 Apr;35(2):139-44. doi: 10.1055/s-0035-1547533. Epub 2015 Apr 3. PMID: 25839722.

133.Verheijde JL, Rady MY, Potts M. Neuroscience and Brain Death Controversies: The Elephant in the Room. J Relig Health. 2018;57(5):1745-1763. doi:10.1007/s10943-018-0654-7.

134.Edlow BL, Chatelle C, Spencer CA, Chu CJ, Bodien YG, O'Connor KL, Hirschberg RE, Hochberg LR, Giacino JT, Rosenthal ES, Wu O. Early detection of consciousness in patients with acute severe traumatic brain injury. Brain. 2017 Sep 1;140(9):2399-2414. doi: 10.1093/brain/awx176. PMID: 29050383; PMCID: PMC6059097.

135.Fernandet-Espejio D, Rossits S, owen AM. A Thalamocortical Mechanism for the Absence of Overt Motor Behavior in Covertly Aware Patients . JAMA Neurology Published online October 19, 2015 .

136.Stafford CA, Owen A M and, Frenandez-espejo D. the

neural basis for external responsiveness in prolonged disorders of consciousness. Neuroimaging: clinical, 2019 (:22):101791

137.Huang W, Wannez S, Fregni F, Hu X, Jing S, Martens G, He M, Di H, Laureys S, Thibaut A. Repeated stimulation of the posterior parietal cortex in patients in minimally conscious state: A sham-controlled randomized clinical trial. Brain Stimul. 2017 May-Jun;10(3):718-720. doi: 10.1016/j.brs.2017.02.001. Epub 2017 Feb 16. PMID: 28259543.

138.Verheijde JL, Rady MY, Potts M. Neuroscience and Brain Death Controversies: The Elephant in the Room. J Relig Health. 2018;57(5):1745-1763. doi:10.1007/s10943-018-0654-7.

139.Busl KM, Greer DM. Pitfalls in the diagnosis of brain death. Neurocrit Care. 2009;11(2):276-87. doi: 10.1007/s12028-009-9231-y. Epub 2009 May 15. PMID: 19444652.

140.Hanley DF. Brain death: an update on the North American viewpoint. Anaesth Intensive Care. 1995 Feb;23(1):24-5. doi: 10.1177/0310057X9502300106. PMID: 7778743.

141.Sarbey B. Definitions of death: brain death and what matters in a person. J Law Biosci. 2016 Nov 20;3(3):743-752. doi: 10.1093/jlb/lsw054. PMID: 28852554; PMCID: PMC5570697.

142.President's Council on Bioethics. . 2008. Controversies in the Determination of Death: A White Paper. Washington, DC: The President's Council on Bioethics.

143.Bernat JL. A defense of the whole-brain concept of death. Hastings Cent Rep. 1998 Mar-Apr;28(2):14-23. PMID: 9589289.

144.Shewmon AD. The brain and somatic integration: insights into the standard biological rationale for equating "brain death" with death. J Med Philos. 2001 Oct;26(5):457-78. doi: 10.1076/jmep.26.5.457.3000. PMID: 11588655.

145.Jansen A,Siegler M,and Winsdale W. Clinical Ethics.8th ed.Mc Grraw hill.Newyork.2015.

146.Shewmon DA. Chronic "brain death". Neurology. 1998;51(6):1538-1545. doi: 10.1212/WNL.51.6.1538.

147.Verheijde JL, Rady MY. The lack of scientific evidence in clinical practice guideline in brain death determination: Implications for organ donation and transplantation. Indian J Crit Care Med. 2014 Sep;18(9):555-7. doi: 10.4103/0972-5229.140136. PMID: 25249736; PMCID: PMC4166867.

148.Shewmon AD. The brain and somatic integration: insights

into the standard biological rationale for equating "brain death" with death. J Med Philos. 2001 Oct;26(5):457-78. doi: 10.1076/jmep.26.5.457.3000. PMID: 11588655.

149.Brugger EC. D. Alan Shewmon and the PCBE's White Paper on Brain Death: are brain-dead patients dead? J Med Philos. 2013 Apr;38(2):205-18. doi: 10.1093/jmp/jht009. Epub 2013 Mar 4. PMID: 23459179.

150.Verheijde JL, Rady MY, Potts M. Neuroscience and Brain Death Controversies: The Elephant in the Room. J Relig Health. 2018 Oct;57(5):1745-1763. doi: 10.1007/s10943-018-0654-7. PMID: 29931477; PMCID: PMC6132575.

151.Shewmon AD. The brain and somatic integration: insights into the standard biological rationale for equating "brain death" with death. J Med Philos. 2001 Oct;26(5):457-78. doi: 10.1076/jmep.26.5.457.3000. PMID: 11588655.

152.Joffe AR. The neurological determination of death: what does it really mean? Issues in law & Medicine. 2007 ;23(2):119-140.

153.Shewmon, D.. (2018). Brain Death: A Conclusion in Search of a Justification. Hastings Center Report. 48. S22-S25. 10.1002/hast.947.

154.Truog RD, Paquette ET, Tasker RC. Understanding Brain Death. JAMA. 2020 Jun 2;323(21):2139-2140. doi: 10.1001/jama.2020.3593. PMID: 32356868.

155.Coimbra, Cicero. (2000). Implications of ischemic penumbra for the diagnosis of brain death. Brazilian journal of medical and biological research = Revista brasileira de pesquisas médicas e biológicas / Sociedade Brasileira de Biofísica ... [et al.]. 32. 1479-87. 10.1590/S0100-879X1999001200005.

156.Grigg MM, Kelly MA, Celesia GG, Ghobrial MW, Ross ER. Electroencephalographic activity after brain death. Arch Neurol. 1987 Sep;44(9):948-54. doi: 10.1001/archneur.1987.00520210048018. PMID: 3619714.

157.Pallis C. ABC of brain stem death. Prognostic significance of a dead brain stem. Br Med J (Clin Res Ed). 1983;286(6359):123-124. doi:10.1136/bmj.286.6359.123

158.Shewmon DA. "Brainstem death," "brain death" and death: a critical re-evaluation of the purported equivalence. Issues Law Med. 1998 Fall;14(2):125-45. PMID: 9807242.

159.Ferbert A, Buchner H, Ringelstein EB, Hacke W. Isolated

brain-stem death. Case report with demonstration of preserved visual evoked potentials (VEPs). Electroencephalography and Clinical Neurophysiology. 1986 Mar;65(2):157-160. DOI: 10.1016/0168-5597(86)90049-3.

160.Karakatsanis KG. 'Brain death': should it be reconsidered? Spinal Cord. 2008 Jun;46(6):396-401. doi: 10.1038/sj.sc.3102107. Epub 2007 Aug 14. PMID: 17700512.

161.Karakatsanis KG . "Brain dead" Patients: Critically Ill or Dead? A Potential Answer to the Problem. J Intensive & Crit Care 2016, 2:2.

162.Joffe AR, Lequier L, Cave D. Specificity of Radionuclide Brain Blood Flow Testing in Brain Death: Case Report and Review. Journal of Intensive Care Medicine. 2010;25(1):53-64. doi:10.1177/0885066609355388

163.Verheijde JL, Rady MY, Potts M. Neuroscience and Brain Death Controversies: The Elephant in the Room. J Relig Health. 2018 Oct;57(5):1745-1763. doi: 10.1007/s10943-018-0654-7. PMID: 29931477; PMCID: PMC6132575.

164.Wijdicks EF, Varelas PN, Gronseth GS, Greer DM; American Academy of Neurology. Evidence-based guideline update: determining brain death in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2010 Jun 8;74(23):1911-8. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181e242a8. PMID: 20530327.

165.Karakatsanis KG . "Brain dead" Patients: Critically Ill or Dead? A Potential Answer to the Problem. J Intensive & Crit Care 2016, 2:2.

166.Young PJ, Matta BF. Anaesthesia for organ donation in the brainstem dead--why bother? Anaesthesia. 2000 Feb;55(2):105-6. doi: 10.1046/j.1365-2044.2000.055002105.x. PMID: 10651668.

167.Joffe et al.: A survey of American neurologists about brain death: understanding the conceptual basis and diagnostic tests for brain death. Annals of Intensive Care 2012 2:4.

168.Veatch R. (2018). Would a Reasonable Person Now Accept the 1968 Harvard Brain Death Report?. Hastings Center Report. 48. S6-S9.

169.President's Council on Bioethics. . 2008. Controversies in the Determination of Death: A White Paper. Washington, DC: The President's Council on Bioethics

170.Lee P,Grizes G.total brain deth: Areply to Alan Shewmon.Bioethics,2017;26(5):275-284

171.Austriaco NP Op. The Brain Dead Patient Is Still Sentient: A Further Reply to Patrick Lee and Germain Grisez. J Med Philos. 2016 Jun;41(3):315-28. doi: 10.1093/jmp/jhw008. Epub 2016 Apr 17. PMID: 27089894; PMCID: PMC4889819.

172.Bernat JL A Conceptual Justification for Brain Death. Hastings Cent Rep 2018; 48 Suppl 4: S19-S21. Bernat JL. Refinements in the Organism as a Whole Rationale for Brain Death. The Linacre Quarterly 2019, Vol. 86(4) 347-358 ª Catholic Medical Association 2019

173.Shewmon D A. The Brain and Somatic Integration: Insights Into the Standard Biological Rationale for Equating "Brain Death" With Death, The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine, Volume 26, Issue 5, 2001, Pages 457–478,

174.Miller AC. Opinions on the Legitimacy of Brain Death Among Sunni and Shi'a Scholars. J Relig Health. 2016 Apr;55(2):394-402. doi: 10.1007/s10943-015-0157-8. PMID: 26581553.

175.Padela AI, Arozullah A, Moosa E. Brain death in Islamic ethico-legal deliberation: challenges for applied Islamic bioethics. Bioethics. 2013 Mar;27(3):132-9. doi: 10.1111/j.1467-8519.2011.01935.x. Epub 2011 Dec 13. Erratum in: Bioethics. 2015 Jan;29(1):56. PMID: 22150919 .

176.Zegers-Hochschild F G. Adamson GD , Dyer s, e al. The international glossary of infertilityand fertility care,2017. Human Reproduction, , 2017 ,32 (9): 1786–1801.

177.WHO. Infertility definitions and terminology https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/

178.Konar H . DC Dutta Textbook of gynecology. Jaypee Brothers Medical Publishers,New Delhi,2013.P:227.

179.Evans MI,Andriole S,and Britt DW.Fetalreduction:25years experience.Fetal Diagnosis and Therapy.2014,35:69-82

180.Mansour D, Inki P, Gemzell-Danielsson K. Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature. European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2010;15(1):4-16. doi:10.3109/13625180903427675.

181.Rouse CE, Eckert LO, Babarinsa I, et al. Spontaneous abortion and ectopic pregnancy: Case definition & guidelines for data

collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. Vaccine. 2017;35(48 Pt A):6563-6574. doi:10.1016/j.vaccine.2017.01.047.

182.Pungan, Js, Genetic evaluation. MSD. Manukls, https://2u.pw/x1ncZ .Accessed 1 July 2018

183.Carlson LM, Vora NL. Prenatal Diagnosis: Screening and Diagnostic Tools. Obstet Gynecol Clin North Am. 2017;44(2):245-256. doi:10.1016/j.ogc.2017.02.004

184.AlBar MA, Chamsi-pasha H. Contemporary Bloethics Islamic perspectives. Springer open. 2015:210

185. Poupard RJ. Self-esteem from a scalpel .The ethics of plastic surgery.Christian Research Journal, v 33, number 04 (2010). https://www.equip.org/article/self-esteem-from-a-scalpel-the-ethics-of-plastic-surgery-2/

186. Soest, T & Kvalem, Ingela & Wichstrøm, Lars. (2011). Predictors of cosmetic surgery and its effects on psychological factors and mental health: A population-based follow-up study among Norwegian females. Psychological medicine. 42. 617-26. 10.1017/S0033291711001267.

187. Lipworth L, Nyren O, Ye W, Fryzek JP, Tarone RE, McLaughlin JK. Excess mortality from suicide and other external causes of death among women with cosmetic breast implants. Ann Plast Surg. 2007;59(2):119-125. doi:10.1097/SAP.0b013e318052ac50.

188. Brinton, Louise A., et al. “Mortality Rates among Augmentation Mammoplasty Patients: An Update.” Epidemiology, vol. 17, no. 2, 2006, pp. 162–169. JSTOR, www.jstor.org/stable/20486187. Accessed 16 Sept. 2020.

189. Jang B, Bhavsar DR. The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Elective Plastic Surgery Patients. Eplasty. 2019 Mar 18;19:e6. PMID: 30949279; PMCID: PMC6432998.

190. Howldar S, Fida A, Allinjawi O, Zaqzoog F, Qurban G. Long-term cosmetic and functional outcomes of rhinoplasty: A cross sectional study of patients’ satisfaction. Saudi J Otorhinolaryngol Head Neck Surg 2018;20:1-12.

191. Poupard RJ. Self-esteem from a scalpel .The ethics of plastic surgery.Christian Research Journal, volume 33, number 04 (2010). https://www.equip.org/article/self-esteem-from-a-scalpel-the-ethics-of-plastic-surgery-2

192. Manson HM. The development of the CoRE-Values framework

as an aid to ethical decision-making. Med Teach. 2012;34(4):e258-68. doi: 10.3109/0142159X.2012.660217. PMID: 22455718.

193. Tsai TC, Harasym PH. A medical ethical reasoning model and its contributions to medical education. Med Educ. 2010;44(9):864-873. doi:10.1111/j.1365-2923.2010.03722.x.

المواقع الالكترونية

١. قرار هيئة كبار العلماء بالسعودية رقم١٧٣ وتاريخ ٢٠-٦-١٤٠٧هـ. موقع دار الإفتاء: www.alifta.net

٢. نظام مزاولة المهن الصحية بالمملكة العربية السعودية: https://cutt.us/nIBJz

٣. موقع مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار رقم ٦٧(٧/ ٥) http://www.iifa-aifi.org/

٤. موقع الدرر السنية http://dorar.net

***